

**CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES EN RIESGO DE
DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO EN LA U.C.I. MÉDICA DE LA CLÍNICA
FOSCAL DE BUCARAMANGA
PROYECTO DE GESTIÓN**

**OLGA LUCÍA AMAYA TORRES
VILMA MARINA ANGEL CRUZ
ELIZABETH NIÑO MOSQUERA**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN CUIDADO CRÍTICO NEONATAL Y ADULTO
DISEÑO Y GESTIÓN DE PROYECTOS
NUEVA MODALIDAD
SANTA FÉ DE BOGOTÁ
2011**

**CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES EN RIESGO DE
DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO EN LA U.C.I. MÉDICA DE LA CLÍNICA
FOSCAL DE BUCARAMANGA
PROYECTO DE GESTIÓN**

**OLGA LUCÍA AMAYA TORRES
VILMA MARINA ANGEL CRUZ
ELIZABETH NIÑO MOSQUERA**

**Asesora:
CARMEN HELENA RUIZ**

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN
EN CUIDADO CRÍTICO NEONATAL Y ADULTO
DISEÑO Y GESTIÓN DE PROYECTOS
NUEVA MODALIDAD
SANTA FÉ DE BOGOTÁ
2011**

Nota de aceptación

Presidente del jurado

Jurado

Jurado

Bucaramanga, Diciembre de 2011

DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a nuestras familias, quienes con su comprensión y apoyo hicieron posible, que nuestro tiempo se dedicara a la especialización que nos engrandece profesionalmente.

AGRADECIMIENTOS

A la clínica Carlos Ardila Lulle Fundación Oftalmológica de Santander, por su colaboración para lograr esta meta profesional.

A los coordinadores de la unidad de cuidado intensivo de la clínica Carlos Ardila Lulle Fundación Oftalmológica de Santander, Doctor Francisco Naranjo y la enfermera Marisela Márquez ,que hicieron posible que se desarrollara el proyecto, facilitando los medios para el éxito del mismo.

Al grupo de enfermeras de la unidad de cuidado intensivo médica de la Foscal de Bucaramanga, que participaron activamente disponiendo de su tiempo creyendo en el aporte que hacíamos para mejorar el desempeño de nuestra profesión. Motivándonos y apoyándonos todo el tiempo.

A nuestra asesora profesora Carmen Helena Ruiz por sus enseñanzas que fueron la luz para llevar termino un proyecto novedoso para el cuidado que damos las enfermeras.

A la universidad de la Sabana de Bogotá por creer en nosotros, y reconocer nuestra experiencia como la base para el desarrollo de la especialización que nos fortaleció humana y profesionalmente.

A nuestras familias que en todo momento fueron nuestro apoyo y estímulo para continuar firmes en el logro de esto nueva meta profesional.

Y a todas las personas que nos brindaron su aporte para llegar al final de este trayecto profesional.

TABLA DE CONTENIDO

	Pág.
1. MARCO REFERENCIAL	10
1.1 PROYECTO DE GESTION	10
1.2 ARBOL DE PROBLEMAS	¡Error! Marcador no definido.
1.3 ANÁLISIS DEL PROBLEMA	12
1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO	15
1.5 OBJETIVO GENERAL	18
1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	18
1.7 CONCEPTOS PRINCIPALES	19
1.7.1 Principios éticos aplicados.	20
2. MARCO CONCEPTUAL	23
2.1 AFIRMACIONES TEÓRICAS	25
2.2 CAUSAS	32
2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS	33
2.4 LA POSICIÓN	44
2.4.1 Decúbito dorsal o supino	45
2.4.2 Decúbito ventral	45
2.4.3 Decúbito lateral	46
3. MATRIZ DEL MARCO LOGICO	69
4. PLAN DE ACCION	70
4.1 DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION	78
4.2 ANALISIS DE RESULTADOS	82
5. CONCLUSIONES	95
6. RECOMENDACIONES	96
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	97

LISTA DE FIGURAS

	Pág.
Figura 1. Kristen M.Swanson.	23
Figura 2. La estructura del cuidado	27
Figura 3. Personal Capacitado	83
Figura 4. Desacondicionamiento físico	84
Figura 5. Intervención de enfermería	85
Figura 6. Intervenciones de enfermería	87
Figura 7. Bienestar paciente	88
Figura 8. Evaluación conocimiento	89
Figura 9. Resolución casos clínicos	90
Figura 10. Evaluación lista de chequeo	92
Figura 11. Generación de competencias	93
Figura 12. Brinda cuidado	94

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Valoración de la fuerza muscular	39
Tabla 2. Escala de agitación y sedación de Richmond	40
Tabla 3. Riesgo de úlceras por presión	42
Tabla 4. Escala de Braden	42
Tabla 5. Efectos de los movimientos activos	64

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE ENFERMERIA	100
ANEXO 2. PROYECTO DE GESTION	101
ANEXO 3. CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL	102
ANEXO 4. PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMERIA PARA PREVENCION Y MANEJO DEL DESACONDICIONAMIENTO FISICO	106
ANEXO 5. LISTA DE CHEQUEO DE ENFERMERIA PARA PREVENCION Y MANEJO DEL DESACONDICIONAMIENTO FISICO	142
ANEXO 6. TALLER TEORICO PRÁCTICO CUIDADO PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL	144
ANEXO 7. GUIA "MANUAL DE CONCEPTOS TEORICOS SOBRE EL SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA PREVENIRLO O TRATARLO	145
ANEXO 8. CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL	146
ANEXO 9. CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL	147
ANEXO 10.EVALUACION DEL TALLER CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL	151

1. MARCO REFERENCIAL

1.1 PROYECTO DE GESTION

Tema:

Cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la Unidad de Cuidado Intensivo.

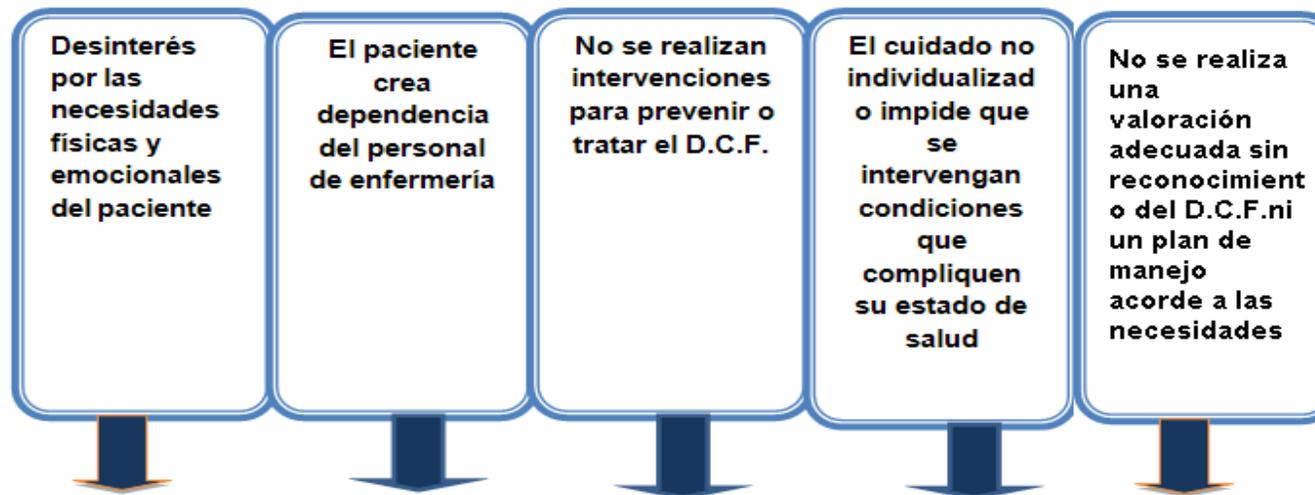
Definición del problema:

Necesidad del personal de enfermería de ofrecer cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico de la UCI médica de la clínica FOSCAL de Bucaramanga.

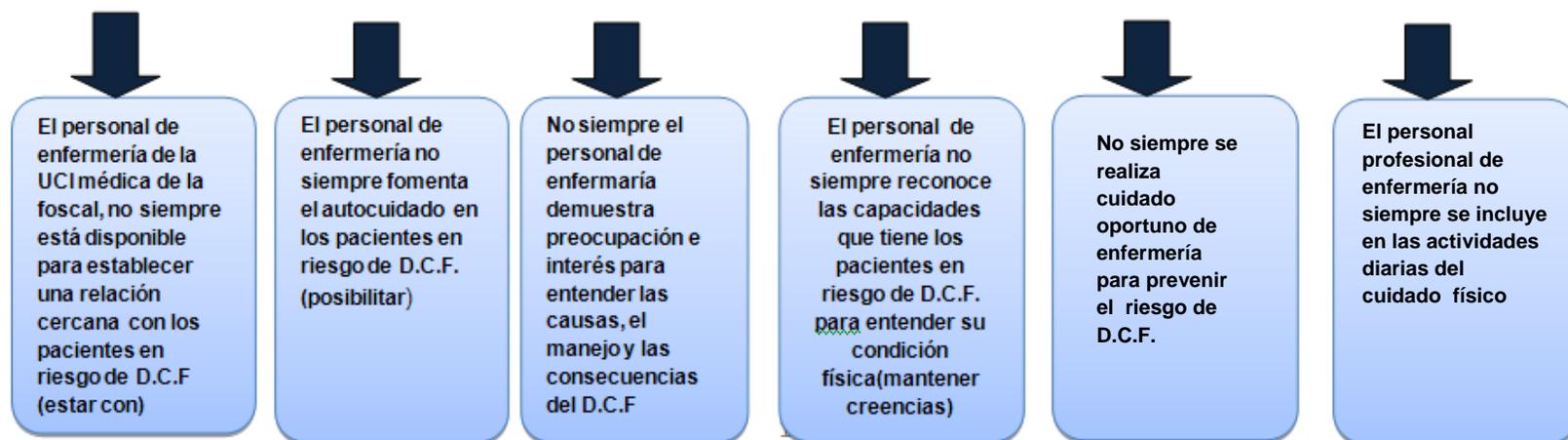
Población objeto:

Personal de enfermería de la UCI médica de la FOSCAL de Bucaramanga.

1.2 ARBOL DE PROBLEMAS



PROBLEMA: necesidad del personal de enfermería de ofrecer cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la U C I médica de la FOSCAL de Bucaramanga



1.3 ANÁLISIS DEL PROBLEMA

En las unidades de cuidado intensivo se ha venido despertando gran interés, por el desacondicionamiento físico que se presenta en los pacientes críticamente enfermos, puesto que el uso de fármacos, la inmovilización prolongada en cama y los procesos patológicos por los que cursan dichos pacientes, afectan los sistemas corporales (1) lo cual prolonga la estancia hospitalaria y aumenta las secuelas limitando aún más a los pacientes y por ende aumentando los costos de atención en salud.

El grupo interdisciplinario de salud, ha prestado gran importancia al tema máxime si se tiene en cuenta que un paciente con más de 72 horas de inmovilización ya entra en un grado de desacondicionamiento físico, que trae como consecuencia la disminución de la capacidad de movimiento entre otras, lo cual está especialmente relacionado con el trabajo del grupo de enfermería encargado del cuidado, por lo que se hace necesaria mayor preparación y atención en este tema.

Un estudio de la Universidad Interamericana del Rosario Argentina, Facultad de Medicina, presentado por Rossi Soledad Alejandro en el año 2007, informa como el progreso de la medicina intensiva ha mejorado el pronóstico de los enfermos de las unidades de cuidado intensivo, pero como a su vez han surgido nuevas enfermedades especialmente en los pacientes con largas estancias. Entre ellas, complicaciones neurológicas como la polineuropatía del paciente crítico o el síndrome de desacondicionamiento físico. En otro estudio citado por ella desarrollado en Colombia en el año 2005 por Espejo Baquero Alfonso en la Fundación Santa Fe de Bogotá muestra, que la incidencia de esta patología es de un 58% en pacientes menores de 75 años, que han estado mínimo 7 días en ventilación mecánica con una tasa de mortalidad de 3.5 veces mayor que los que no tienen este tipo de alteraciones. (2)

El desacondicionamiento físico es una patología no siempre diagnosticada pero de alto impacto por todas las complicaciones que trae para los pacientes y su alto costo de atención; no solo se relaciona con la mortalidad, si no que causa una importante morbilidad que se extiende por largo tiempo inclusive años influyendo en la calidad de vida de los pacientes.

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 50-70%, siendo menor el hallazgo clínico debido a las condiciones generales del paciente y las dificultades en el examen físico(3).

En Colombia, La Doctora Tatiana Olier en el año 2009 en su trabajo de tesis de posgrado 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 anormalidades electrofisiológicas, y el 25 a 33% desarrollan debilidad neuromuscular. El riesgo es del 5 al 10% cuando se utiliza relajante muscular por más de 24 horas (4).

Llama la atención en la búsqueda de estudios referentes al desacondicionamiento físico en UCI, que este tema ha sido abordado muy poco por parte de enfermería. Tanto en Bucaramanga como en clínica FOSCAL no se encuentran estudios al respecto desde la visión de enfermería; los estudios o trabajos encontrados son en su mayoría realizados por fisioterapia. Sin embargo estos nos aportan pautas de manejo que podemos incluir en las actividades de enfermería para dar continuidad a la atención, enfocada en la prevención o tratamiento del síndrome de desacondicionamiento físico.

La FOSCAL es una institución de salud ubicada en el nororiente Colombiano, en el área metropolitana de Bucaramanga; atiende pacientes de todos los niveles de complejidad. Cuenta con un total de 289 camas de hospitalización, 3 unidades de cuidado intensivo adulto con un total de 34 camas distribuidas así: 12 camas en UCI médica, 12 camas en UCI polivalente y 10 camas en UCI quirúrgica.

Las principales causas de morbilidad en la UCI adultos de la FOSCAL en el primer semestre del 2011 se relacionan de la siguiente manera: el primer puesto lo ocupa las septicemias no especificadas con 85 pacientes, le siguen la diabetes mellitus con complicaciones cardio-respiratorias con 58 pacientes, la hipertensión arterial complicada órgano blanco cerebro con 54 pacientes, infarto agudo miocardio con 41 pacientes y por último otras patologías con 17 a 23 pacientes. No existen registros de cuánto de ellos han desarrollado síndrome de desacondicionamiento físico. El promedio estancia está en 6.3 días. (5).

Este tipo de patologías presentes en la UCI, con mayor frecuencia y que producen falla multiorganica están directamente relacionadas con la aparición del síndrome de desacondicionamiento físico por el tiempo de reposo a que se encuentran sometidos los pacientes.

El cuidado de enfermería en la UCI médica es proporcionado por un grupo conformado por 4 enfermeras y 4 auxiliares de enfermería por turno de 12 horas, correspondientes al turno del día y de la noche, quienes atienden a un total de 12 pacientes, realizándoles actividades tales como: baño general, cambios de cama, cambios de posición, cuidados de piel, traslados cama-sillas, entre otros.

En la unidad de cuidado intensivo no se cuenta con un protocolo de cuidado establecido para este tipo de pacientes. Se realizan tareas preventivas de complicaciones como la posición semisentada para evitar broncoaspiración, el uso rutinario de medias antiembólicas o compresor mecánico, controles de

glucometria frecuentes, baño general diario, cambios de posición cada 2 horas, acojinamiento de zonas de presión con bolsas de agua , en pacientes con enfermedad neurológica se colocan tenis 2 tallas más de la usual como medida para prevenir el pie caído y la actividad física de los pacientes se reduce a las terapias físicas ordenadas por el médico, las cuales generalmente se realizan en 2 sesiones al día con una duración de 15 a 30 minutos.

Se considera que estos cuidados no son suficientes para prevenir o tratar a los pacientes que están en riesgo o presentan síndrome de desacondicionamiento físico. Teniendo en cuenta lo anterior la enfermera en su rol de cuidadora es quien debe garantizar el manejo integral del paciente hospitalizado en la UCI, por ser un profesional que ve al ser humano holísticamente, siendo por tanto necesario fomentar la capacidad de las enfermeras de reconocer y tratar en su globalidad este síndrome dentro de un programa de rehabilitación elaborado y desarrollado por y para las enfermeras.

Es por ello que se identificó la necesidad de los profesionales de enfermería de ofrecer cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la clínica FOSCAL de Bucaramanga.

1.4 JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO

Las unidades de cuidado intensivo se caracterizan por ser el lugar dentro de una institución prestadora de atención donde se hospitalizan los pacientes más graves y por esto deben estar dotadas de personal bien entrenado (6), para ello es necesario mejorar las intervenciones de enfermería con el fin de brindar un servicio con mayor calidad, disminuir la estancia de los pacientes y los costos de atención.

Fortalecer el conocimiento del grupo de enfermería, sobre el síndrome de descondicionamiento físico su prevención y cuidados, permitirá mejorar el nivel de atención brindado y fortalecer la relación enfermera- paciente, todo esto fundamentado en el cuidado holístico del ser humano. Además dará mayor liderazgo a la profesión y reconocimiento por parte de los usuarios del servicio (paciente y familias), del grupo interdisciplinario de trabajo, y de la institución.

Ya que el cuidado es el eje de nuestra profesión, debe ser brindado a través de una metodología científica, basada en teorías que lo sustenten.

Swanson define la enfermería, como la disciplina concedora de los cuidados para el bienestar de otros (7); y en pacientes que sufren patologías que les obliga a un reposo prolongado, el bienestar de estos es el objetivo fundamental de la enfermería; pero éste no solo se refiere al confort sino a condiciones físicas, ambientales, y de comunicación, que finalmente llevan a una evolución clínica favorable.

Todos los seres humanos viven en constante movimiento, incluso durante el reposo todo su organismo continua en actividad; es así como poder moverse libremente de forma armoniosa y voluntaria, es un acto de autonomía e independencia, que al verse alterado, genera en el individuo respuestas fisiológicas que pueden comprometer todos sus sistemas, incluyendo la psiquis, sus emociones y su aspecto social.

Los pacientes que se encuentran en una unidad de cuidados intensivos, representan para el profesional de enfermería un reto, por la complejidad del cuidado que ellos ameritan; ya que en el día a día, la enfermera asiste las necesidades del paciente causadas por la pérdida de independencia y autonomía (8).

La alta incidencia de patologías en la UCI médica FOSCAL que llevan a reposo prolongado y como consecuencia al desacondicionamiento físico exige planes de cuidados individualizados basados en el conocimiento empírico y la realización de guías que permitan mejorar y evaluar la atención; para así brindar intervenciones de enfermería de alta calidad que mejoren la salud de las personas objeto de nuestro cuidado.

Dar una herramienta al personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo de la FOSCAL, para que dirija su esfuerzo y dedicación a la recuperación de la capacidad funcional del paciente y su independencia en el menor tiempo posible, es el objetivo de este proyecto.

“Este tipo de pacientes necesitan unos cuidados específicos que se aborden desde la prevención de los riesgos que la falta de actividad conlleva” (9) Es por tal razón que estos cuidados deben realizarse de manera adecuada y oportuna, en busca de minimizar secuelas que deterioren en el paciente su capacidad funcional y retarden su rehabilitación a causa del reposo terapéutico; para así contribuir al regreso a su hogar con una mayor capacidad productiva.

El lograr la recuperación del enfermo con sus capacidades funcionales permite que las familias retomen su vida normal asumiendo los roles propios de cada uno, mejorando relaciones que se han fortalecido con las experiencias de la hospitalización de ese ser querido, y reorganizando la estructura familiar en un menor tiempo.

A través de este proyecto se pretende fortalecer el cuidado brindado por el personal de enfermería de la unidad de cuidado intensivo de la FOSCAL de Bucaramanga orientando su esfuerzo y dedicación a la recuperación de la capacidad funcional de los pacientes de la UCI permitiendo la independencia del paciente en el menor tiempo posible. Además, hacer un seguimiento de resultados

para implementarlo posteriormente en el resto de unidades de cuidado intensivo adultos de la FOSCAL, demostrando así cómo influye positivamente el trabajo de enfermería planeado y enfocado en el bienestar de los pacientes.

La institución podrá incluir en sus protocolos de manejo guías de enfermería que mejoran la calidad de atención a sus usuarios y que redunden en una mejor recuperación y menor estancia de estos lo que económicamente se reflejará en una disminución de los costos de atención y mejora en la oportunidad de cama disponibles.

La sociedad percibe con estos proyectos de atención con calidad y humanización, mayor confianza en sus instituciones prestadoras de salud, y por ende las instituciones reciben un mayor reconocimiento social y en el ámbito de la salud

1.5 OBJETIVO GENERAL

Capacitar a las enfermeras en el cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI medica FOSCAL de BUCARAMANGA

1.6 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconocer el significado que tiene para las enfermeras dar cuidado a los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL (conocer)
- Demostrar la importancia que tiene para el personal de enfermería de identificar y reconocer las necesidades y capacidades de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL para enfrentar la experiencia de su enfermedad (Mantener la creencia)

- Proponer practicas adecuadas en los cuidados de enfermería que se administran rutinariamente a los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL para promover su bienestar (hacer para estar con)

- Generar competencias que desarrollen habilidades y aptitudes en el personal de enfermería que se manifiesten en el cuidado integral para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL.(hacer para)

- Reconocer la importancia del acompañamiento apoyo y disponibilidad de enfermería hacia los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL para promover su bienestar (permitir)

1.7 CONCEPTOS PRINCIPALES

- **Paciente crítico:** Son aquellas personas que tienen alteraciones fisiopatologías que comprometen de forma inesperada su vida, y requieren un sitio especial para su atención y cuidado más continuo por su inestabilidad. (10)

- **Desacondicionamiento físico:**
Se define como un deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada (11)

- **Cuidado de enfermería:**
Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él. Swanson define los cuidados

como una forma educativa de relacionarse con un ser apreciado hacia el que se siente un compromiso y una responsabilidad personal. (7)

- Unidad de cuidados intensivos (UCI):

Es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, bien sea por un trauma, en el postoperatorio o en la agudización de alguna patología (10)

- Bienestar:

Según Swanson la experiencia de salud y bienestar, es: vivir la experiencia subjetiva y llena de significado de plenitud. La plenitud una sensación de integridad y de desarrollo en el que todas las facetas del ser pueden expresarse libremente (7) p770

1.7.1 Principios éticos aplicados.

Los principios éticos son necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y el respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.

Según la ley 266 de 1996, el Congreso de la República en los artículos primero, segundo y tercero, reglamenta el ejercicio de la profesión a la vez que orienta los principios y define la naturaleza y el ámbito del ejercicio y la ley 1164 del 2007 que consigna disposiciones en materia del Talento Humano en Salud los principios éticos aplicados en este proyecto son:

-Principio de no maleficencia: Evitar hacer daño, es decir, no producir lesiones en la integridad del paciente que no sean estrictamente terapéuticas

Se brindará conocimiento de enfermería que permita dar cuidado integral, mediante acciones que no aumenten las lesiones y por tanto prologuen el reposo en cama.

-Principio de beneficencia: Obrar en busca del bien del enfermo en términos terapéuticos es decir hacer el bien y evitar el mal.

El proyecto mejorará el conocimiento del grupo de enfermería, sobre el cuidado integral al paciente de UCI en riesgo o con síndrome de desacondicionamiento físico, que beneficie al paciente permitiendo así controlar complicaciones generadas por la mala práctica de enfermería.

-Principio de justicia: Exige tratar a todas las personas con la misma consideración sin discriminación por sexo, raza, ideología, edad etc.

Se aplicara el proyecto a todo el personal de enfermería de la UCI médica de la FOSCAL, sin hacer diferencia de tiempo de contratación, edad, género, nivel educativo u otros.

Igualmente el cuidado de enfermería se brindará a toda persona que ingrese a la UCI médica FOSCAL sin tener en cuenta tipo de seguridad social, raza, estrato, sexo, nivel de escolaridad.

-Principio de privacidad: El fundamento de este principio es no permitir que se conozca la intimidad corporal o la información confidencial que directa o indirectamente se obtenga sobre la vida y la salud de la persona. La privacidad es una dimensión existencial reservada a una persona, familia o grupo.

El proyecto capacitara al grupo de enfermería de la UCI médica, brindándole la información requerida y evaluando el conocimiento en forma individualizada sin presentar en público los resultados obtenidos por esta.

-Principio de confidencialidad: Es la obligación de guardar reserva sobre la información que atañe a la persona que se atiende, mientras éste no autorice a divulgarla o el silencio pueda llevar implícito el daño a terceros. (12)

No se divulgará información individual de resultados de pruebas de conocimientos, ni de posibles deficiencias de conocimientos en el personal objetivo del proyecto.

Se aplicará el consentimiento informado al personal de enfermería para obtener su aceptación en la participación del proyecto (ANEXO 1)

2. MARCO CONCEPTUAL

El referente teórico que orientará este trabajo está dado por la teoría de enfermería de mediano rango “Teoría del cuidado informado para el bienestar de los otros de la Dra Kristen Swanson “.

Kristen M.Swanson, es alumno distinguido profesor y decano de la universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill Escuela de enfermería, conocida por el desarrollo de la teoría del cuidado de Swanson. Es también un miembro activo de la fundación Robert Wood Johnson y miembro de la academia Americana de enfermeras, la asociación Americana de enfermeras, el consejo de investigadores de enfermería y la Sigma Theta Tau internacional. Está dedicada a la investigación y se destaca su interés académico en la Universidad de Washington Medical Center en Seattle hace 25 años. (7)

Figura 1. Kristen M.Swanson.



El área de interés en particular de Swanson es la investigación sobre la pérdida del embarazo por aborto involuntario, y ha continuado el estudio de esta materia tanto como investigador como consultor de obras de otros investigadores. Ha sido el investigador principal o co-investigador en 10 proyectos que tratan con pérdida precoz del embarazo, el cuidado y temas relacionados, desde 1985. Es durante este tiempo que ella desarrolló la Teoría del Cuidado de Swanson.

Swanson recurrió a varias fuentes teóricas para desarrollar su teoría de los cuidados y formuló su teoría, como resultado de varias investigaciones.

Propuso 2 modelos: el modelo de la experiencia humana del aborto y el modelo de los cuidados.

En el modelo de los cuidados Swanson propuso 5 procesos básicos (conocimiento, estar con hacer por, posibilitar y mantener creencias) que dan significado a actos etiquetados como cuidado.

Primer dominio (conocimiento): se refiere a la capacidad de las personas para dar cuidado, teniendo en cuenta el conocimiento empírico, ético, personal y estético.

Segundo dominio (estar con): las preocupaciones y compromisos individuales que llevan a las acciones de los cuidados, con miras a devolver la salud al individuo

Tercero dominio (hacer por): las condiciones enfermera- paciente, que aumentan o reducen la posibilidad de suministrar cuidados dependiendo de las necesidades del paciente.

Cuarto dominio (posibilitar) las acciones de cuidado, que se brindan con las cuales se proporciona la salud.

Quinto dominio (mantener creencias) son las consecuencias de los resultados intencionales y no intencionales para los cuidados del paciente.

Teniendo en cuenta los fenómenos de interés de la teoría se puede deducir los conceptos principales:

- **Enfermería:**

La enfermería es una disciplina que se basa en el conocimiento empírico, ético, personal y estético derivado de las humanidades, la experiencia clínica y los valores expectativas personales para brindar al paciente un cuidado holístico.

- **Persona:**

Ser único dinámico en crecimiento espiritual que se auto refleja y anhela estar conectado con otros.

- **Salud:**

Restablecimiento del bienestar como un complejo proceso de cuidado, restableciendo la integridad y el sentimiento de plenitud.

- **Entorno:**

Contexto que influye o es influenciado por el cliente en aspectos culturales sociales, biofísicos, políticos y económicos. (7) p 770

2.1 AFIRMACIONES TEÓRICAS

La teoría tiene como objetivo promover el bienestar de otros, a través del cuidado con compromiso y responsabilidad teniendo en cuenta el bienestar biopsicosocial y espiritual del paciente, manteniendo las creencias básicas, apoyada por el conocimiento de la realidad del paciente, expresada por estar emocional y

físicamente presente y representada por hacer por y posibilitar al paciente, siendo cada uno de ellos un componente integral de la estructura del cuidado.

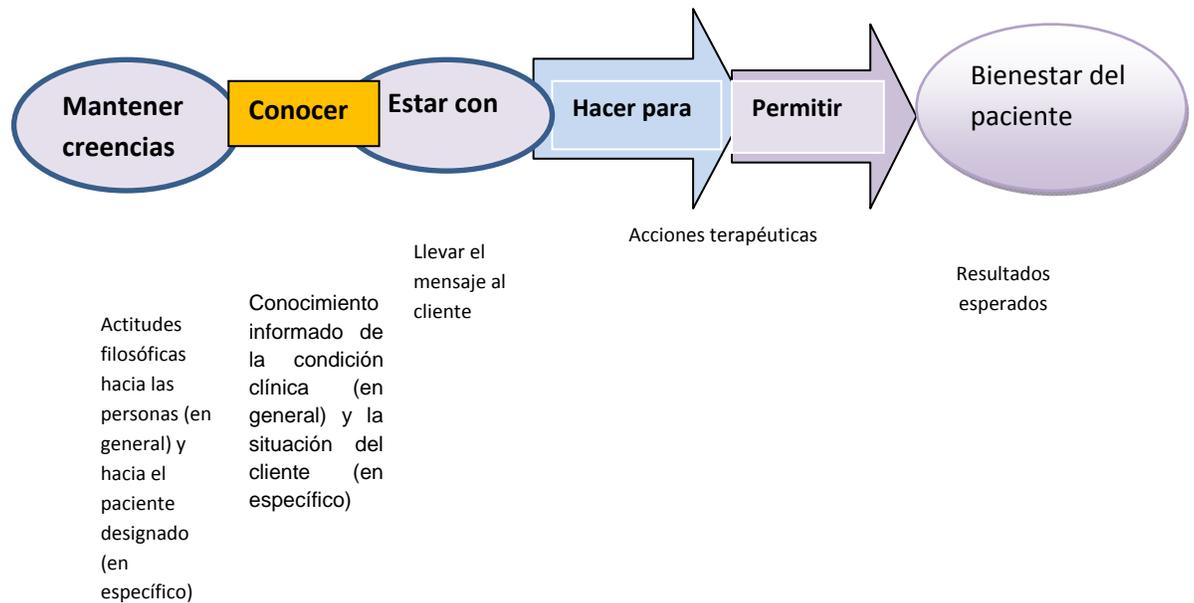
Swanson afirma que independientemente de los años de la experiencia de la enfermera, los cuidados, se dan como un conjunto de procesos secuenciales creados por la propia actitud filosófica de la enfermera (mantener las creencias), la comprensión (conocimiento), los mensajes verbales y no verbales transmitidos al paciente (estar con), las acciones terapéuticas (hacer por y posibilitar) y las consecuencias de los cuidados (desenlace deseado por el paciente) (7).

Swanson propuso que los procesos de los cuidados que se superponen, pueden no existir separadamente unos de otros, y que cada uno de ellos es un componente integral de la estructura ramificada del cuidado. Por tanto, los cuidados se basan en el mantenimiento de una creencia básica en los seres humanos, apoyada por el conocimiento de la realidad del cliente, expresada por estar física y emocionalmente presente, y representada por hacer y posibilitar al cliente. (7)

La aplicación del proceso de cuidado como proceso terapéutico a los pacientes aumenta el confort y acelera la curación con lo cual se disminuye la estancia hospitalaria y las secuelas que podrían presentarse si no se realiza un manejo integral del paciente.

La estructura del cuidado de Swanson:

Figura 2. La estructura del cuidado



La estructura del cuidado está relacionada con las actitudes filosóficas de las enfermeras, el conocimiento informado, la transmisión del mensaje, acciones terapéuticas y los resultados esperados.

En el desarrollo de este proyecto, se hará hincapié en el objetivo de la enfermera que es promover el bienestar de otros a través de los postulados de Swanson así:

Mantener la creencia: fortalecer todos los conocimientos adquiridos a través de las experiencias, con propuestas de nuevos cuidados que mejoren la actitud y la disposición para realizar intervenciones enfocadas a prevenir y manejar el desacondicionamiento físico en los pacientes críticos. Pensando siempre en el bienestar.

Conocer: valorando el significado que tiene para el personal de enfermería el desacondicionamiento físico del paciente de la UCI, sus implicaciones en la

recuperación de sus pacientes, y realizar la búsqueda de un proceso de compromiso de cuidado basado en el conocimiento.

Estar con: el proyecto hará un acompañamiento educativo al personal de enfermería de la uci médica con el fin de afianzar sus conocimientos y que este se refleje en el cuidado óptimo al paciente.

Hacer para: la enfermera tendrá la oportunidad de brindar cuidado a sus pacientes, sustentada en conocimientos validados, ofreciendo confort y actuando con habilidad y competencia protegiendo a sus pacientes, evitando posibles complicaciones por la no realización de cuidados de enfermería enfocados a la prevención del desacondicionamiento físico.

Posibilitar: El personal de enfermería recibirá conocimientos que le permitan generar alternativas de manejo a sus pacientes y le permitan brindar un cuidado holístico fundamentado.

Otro de los componentes sobre los que se fundamente este proyecto es el conocimiento del significado del síndrome de desacondicionamiento físico sus causas, consecuencias y manejo por parte de enfermería y como los procesos de hospitalización prolongada independientemente de la razón patológica, así como las estancias prolongadas en cama, derivadas de cualquier cuadro que altere la salud en un individuo, resultan deletéreos para la recuperación física del paciente de uci.

La enfermera ocupa un papel protagónico en el cuidado, liderando e integrando todas las intervenciones encaminadas a la reincorporación de cada individuo a su vida normal o cercana a ella, en el menor tiempo posible, haciendo participe a su familia (Posibilitar). Basada en los conocimientos fisiopatológicos, la valoración y

conocimiento del paciente evaluando su capacidad de respuesta, su adaptación, su nivel cultural y demás factores que encaminarán las intervenciones realizadas. La movilización en forma precoz durante la estancia en la UCI es segura y factible, con una posible reducción de daños físicos a corto plazo, sin embargo la movilidad temprana requiere un cambio significativo en las prácticas de cuidados dentro de la UCI, modificaciones en los protocolos y en la cultura del equipo de salud.

Es evidente, que un paciente de estas características, representa un reto de enormes proporciones para el profesional de enfermería, ya que para llevar a cabo su cuidado, debe reunir los conocimientos y destrezas que le permitan valorar y corregir alteraciones en el funcionamiento de los sistemas y propender a su recuperación. (Conocer)

Un componente fundamental y universal de la buena práctica de enfermería es cuidar del bienestar biopsicosocial y espiritual del paciente, Swanson da una explicación de lo que significa para las enfermeras cuidar, exaltando la importancia del bienestar que podemos brindar con compromiso y responsabilidad.

Los cuidados, se deben dar como un conjunto de procesos secuenciales basados en el conocimiento teórico y la experiencias obtenidas de la enfermera (mantener las creencias), que permiten establecer un manejo, apoyado en la comprensión y conocimiento de la persona en riesgo o con desacondicionamiento físico, de las implicaciones que tiene para la persona el reposo prolongado en cama, del sentir de esa persona, que por su enfermedad requiere mantenerse en la unidad de cuidado intensivo inmovilizado ya que prima su vida. Se debe establecer todo el tiempo una comunicación permanente para que sepa y sienta que estamos con él, que nos preocupamos por su recuperación, que deseamos que se sienta cómodo (Posibilitar, hacer por). Además ese conocimiento adquirido

permitirá establecer manejos e intervenciones que mejoren su movilidad permitiendo que progresivamente recupere su funcionalidad. (Conocer)

Muchos autores afirman que el reposo prolongado en cama, conlleva a procesos adversos como el Síndrome de desacondicionamiento físico, además de eventos tales como enfermedades nosocomiales, que son propias y atribuibles a los procesos de hospitalización prolongada.

La gran preocupación para el paciente así como para los especialistas a su cargo, se enfatiza en los efectos deletéreos resultantes en los diferentes sistemas involucrados que controlan el movimiento corporal humano, quienes a mayor tiempo de quietud e inmovilidad, se verán más comprometidos. (13)

La creación de las Unidades de Cuidados Intensivos y el empleo de la ventilación mecánica fuera de las áreas quirúrgicas han causado en las últimas décadas un aumento en la supervivencia en patologías con alta mortalidad. Este hecho ha provocado un incremento en la aparición de secuelas secundarias al empleo de tratamientos invasivos y a estancias prolongadas en UCI. (14)

El paciente críticamente enfermo, está sometido a un menor o mayor grado de inmovilización, llevándolo al desacondicionamiento físico.

Se define el Síndrome de desacondicionamiento físico como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada. Este síndrome se caracteriza por atrofia muscular y cambios metabólicos.

Las alteraciones metabólicas se comienzan a observar en las primeras 24 horas de inmovilización.

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, glucosaminas y aumento en la degradación y síntesis de colágeno peri articular (11)

La polineuropatía periférica que se desarrolla es la responsable de las intubaciones prolongadas. Esta una neuropatía periférica axonal difusa que fue reconocida y descrita en gran parte por Bolton y cols. Se desarrolla sobre todo, en el contexto de enfermedades críticas de estancia prolongada con fracaso multiorgánico y sepsis. El daño axonal está relacionado con el Síndrome de Respuesta Inflamatoria Sistémica (SIRS), Falla multiorgánica (FOM) y sépsis, al parecer a través de la liberación de citocinas, radicales libres y factores neurotóxicos que actúan directamente sobre la microcirculación.

La incidencia de este síndrome es muy variable; dentro de la literatura revisada sobre este tema son pocos los estudios realizados al respecto ya que su aparición como síndrome se debe al avance tecnológico y científico que ha aumentado la sobrevida de los pacientes críticos con las consecuentes secuelas por el reposo prolongado.

El síndrome descrito se presenta entre un 10 a 80% de los pacientes ingresados a la UCI y las entidades patológicas que lo originan más frecuentes son aquellas que afectan varios órganos como, la falla multiorganica que se presentan en el proceso de sepsis, y que en la unidad de cuidado intensivo médico, ocupa el primer puesto de morbilidad en el primer semestre del 2011.

Se ha descrito con una frecuencia del 70% al 75% de los pacientes que cursan con sepsis y falla multisistémica. (15)

Factores condicionantes para el desarrollo de síndrome de desacondicionamiento físico:

- Severidad de la enfermedad
- Duración del período en reposo
- Patología concomitante
- Reserva cardiovascular
- Edad y sexo
- Corticoides
- Bloqueantes Neuromusculares
- Amino glucósidos
- Alimentación Parenteral
- Hiperglucemia
- Gravedad del Paciente
- Soporte Vasopresor
- Hipoalbuminemia

2.2 CAUSAS

Agentes infecciosos: puesto que todos los pacientes presentaban sepsis, se pensó que alguna bacteria por si misma o mediante endotoxinas podría afectar los nervios periféricos. Además, la sepsis puede causar daño de los nervios periféricos y de los músculos esqueléticos, determinando condiciones llamadas polineuropatía del paciente crítico (PPC, CIP en inglés) y miopatía del paciente crítico, respectivamente. Ambas pueden ser responsables de la debilidad muscular que ocurre durante el cuidado y recuperación de pacientes críticamente enfermo. (15)

Deficiencia específica de Vitaminas, Deficiencia Nutricional: prácticamente todo paciente crítico presenta albúmina y recuento linfocitario más bajo de lo normal.

El dolor: puede tener efectos sobre la movilidad de los pacientes, llevándolos a un deterioro funcional y todas las consecuencias que ello acarrea; entendiendo el dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por lesión tisular real o potencial, de inicio súbito o lento y de cualquier intensidad.

Hay dos factores principales que producen desacondicionamiento físico del paciente en cuidados intensivos: el primero está relacionado con la afección directa de los sistemas cardiovascular y/o pulmonar; el segundo factor, involucra el proceso de inmovilización prolongada. Las fallas a nivel de los sistemas cardíaco, vascular o pulmonar, afectan esencialmente el aporte y el consumo de oxígeno que son elementos imprescindibles para el mantenimiento de la homeostasis corporal. (10)

2.3 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Sistema nervioso: Alteraciones en el sistema nerviosos central y periférico, trastornos emocionales, de conducta, déficit intelectual como perdida de la memoria, desorientación, trastornos del patrón del sueño, incoordinación de movimientos, poli neuropatía del paciente critico.

Sistema muscular: En las 2 primeras semanas se pierde entre el 10 al 20% de la fuerza muscular, comprometiéndose principalmente los músculos de las piernas, los para espinales e intrínsecos de la mano. En las primeras 6 horas hay disminución del ATP (Adenosin trifosfato) por menor capacidad oxidativa de la mitocondria, menor utilización de glicógeno y disminución en la síntesis proteica.

Sistema esquelético: El hueso normalmente se encuentra en un estado dinámico entre la formación y la reabsorción. Este estado está influenciado por el estrés que ejerce el soporte de peso y la actividad muscular. Durante la inmovilización se pierde este estrés llevando a aumentar la reabsorción ósea causando osteoporosis. Esto se observa en forma temprana a partir de las 30 primeras horas de inmovilización, y se pierde aproximadamente el 1 % del contenido mineral vertebral óseo por semana.

Hay cambios en el cartílago con áreas de necrosis y erosión debido a cambios en el balance de los proteoglicanos que se acompaña de contractura de los tejidos conectivos extra articulares que llevan anquilosis articular.

Sistema cardiovascular: Aumento de la frecuencia cardiaca entre 30 y 40 latidos por minuto, comprometiendo el llenado diastólico y la perfusión miocárdica, la posición en decúbito produce cambios a nivel del volumen sanguíneo del tórax, de pie se aumenta el volumen sanguíneo en miembros inferiores, por lo que un cambio rápido produciría cambio brusco en el retorno venoso afectando el volumen de eyección y gasto cardiaco.

En el reposo se pierde la respuesta de compensación y se presenta hipotensión ortostática, se presenta en los primeros 4 días de reposo y en los ancianos más tempranamente, El deterioro del rendimiento cardiaco, ocurrido por el reposo, desencadena un aumento en la frecuencia cardíaca, con un gradual incremento en la presión sistólica en respuesta al incremento en la resistencia vascular periférica y con una disminución del volumen sistólico por deterioro del trabajo ventricular.

La flebotrombosis generada por la estasis sanguínea, debido a la disminución del efecto de bomba, generado por la contracción de los músculos gastronemios, aumenta el riesgo de tromboembolismo pulmonar en el paciente inmovilizado.

Sistema respiratorio: disminución anormal en la ventilación pulmonar, disminución de la compliance estática y dinámica, disminución de los volúmenes y capacidades pulmonares, aumento de trabajo respiratorio, aumento de la frecuencia respiratoria con volúmenes pequeños, que lleva a un aumento del consumo de oxígeno y a alteraciones del intercambio gaseoso.

Disminución de la capacidad vital con un patrón restrictivo por compromiso de la musculatura intercostal y contracturas en articulaciones costo esternal,

disminución de la ventilación voluntaria máxima y cambios regionales en el patrón de ventilación- perfusión que predispone a infecciones respiratorias y a atelectasias. Se presenta alteración del mecanismo de la tos siendo esta inefectiva para la movilización de secreciones, incoordinación neumofónica responsable de la disfonía observada en algunos pacientes.

La fatiga muscular diafragmática se instaura cuando las demandas exceden la capacidad del músculo, cuando el consumo energético supera el aporte, o cuando la extracción de los catabólicos no es proporcional a su síntesis.

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

Metabolismo y nutrición: La falta de actividad muscular acelera la pérdida de proteína y reduce su síntesis presentándose una hipoproteïnemia. Las alteraciones gastrointestinales como la pérdida del apetito y la reducción en su absorción intestinal empeoran el problema.

Hay disminución de masa corporal, se aumenta excreción del nitrógeno ureico, llevándolo a atrofia y fatiga muscular, por menor capacidad oxidativa de la mitocondria, baja tolerancia al déficit de oxígeno y mayor dependencia del metabolismo anaerobio. Entre más tiempo dure la inmovilización se pierde el 50% de la fuerza muscular, acompañándose de cambios metabólicos, como pérdida aumentada de nitrógeno ureico de 2 a 12 gr/día, de calcio hasta 4gr /día, balance negativo de sodio potasio y fosforo.

Sistema tegumentario: La piel se torna más delicada por el edema, las zonas de presión en prominencias óseas son susceptibles de lesiones que van desde una

simple irritación hasta necrosis de las áreas, ocasionado altos costos sociales y económicos.

Sistema endocrino: La inmovilización prolongada causa una disminución en la tolerancia a la glucosa por cambios en la sensibilidad muscular a la insulina circulante. Se presenta una disminución de la hormona paratiroidea y disminución en la absorción intestinal de calcio. Hay un aumento en la excreción de hidrocortisona urinaria, aumento de la actividad plasmática de la renina, aumento en la secreción de aldosterona urinaria y en la producción de la hormona del crecimiento.

Sistema genitourinario: Por la posición en cama lleva a un aumento del volumen urinario residual, facilitando las infecciones urinarias. La incontinencia, el aumento de la excreción de calcio, y la acumulación de orina en vejiga aumentan el riesgo de formación de cálculos renales.

Aspectos psicológicos: La persona que se encuentra en reposo en cama prolongado no solo se enfrenta con problemas físicos, sino también psicológicos. Con respecto al equilibrio psicosocial, hay pérdida de relación con el entorno, se afecta la autoestima, y se desarrollan comportamientos anormales como apatía, agresión, frustración, depresión y pérdida de apetito.

A nivel sensorial la limitación del territorio y de los puntos de referencia crea una deprivación sensorial que promueve la dependencia.

La persona hospitalizada pasa por un periodo de desmotivación pérdida de la memoria, de la orientación y la percepción de imagen corporal cambia. (11)

Finalmente el dolor puede tener efectos sobre la movilidad de los pacientes, llevándolos a un deterioro funcional y todas las consecuencias que ello acarrea.

El objetivo durante la estadía de los pacientes en la UCI es iniciar precozmente movimientos tendientes a evitar las limitaciones que pueden provocar: alteración en la movilidad, en la cicatrización de la herida, dolor, etc. Los ejercicios comunes a todos los pacientes en esta fase suelen consistir en movimientos de brazos y piernas con la finalidad de mantener el tono muscular y movilizar las articulaciones. La rehabilitación pulmonar es un programa multidisciplinario de atención a los pacientes con afecciones cardiorrespiratorias, que se elabora individualmente y se diseña para optimizar la capacidad funcional, social y la autonomía del paciente.

La actividad de enfermería inicia con la valoración de enfermería como parte vital en la atención integral del individuo hospitalizado; se considera como un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de recogida e interpretación de información que permite determinar la situación de salud que están viviendo las personas y su respuesta a ésta.

Llevar a cabo el proceso de valoración por la enfermera conlleva, desde su inicio, la toma de decisiones importantes; qué información es relevante, que áreas son de su competencia, cuál debe ser el enfoque de su intervención. Decisiones que, sin duda, son influenciadas por los conocimientos, las habilidades, las conceptualizaciones enfermeras, las creencias y valores, de quién lleve a cabo tal valoración.

La valoración no sólo debe estar orientada a la determinación de la situación de salud, problemática o no, que estén viviendo las personas, sino a su respuesta, al modo de responder, de actuar, de comportarse, ante ésta.

Se puede establecer que el propósito de la valoración enfermera es: "captar lo más acertadamente posible la naturaleza de la respuesta humana a la situación de

salud que están viviendo las personas objeto de nuestra intervención enfermera" así como la naturaleza de su respuesta a ésta. (16)

En la UCI se realiza la valoración en el siguiente orden:

- Aspectos neurológicos: Se inicia llamando al paciente para establecer que grado de entendimiento tiene.
- Estado de conciencia: El estado de conciencia determina la percepción y el conocimiento del mundo psíquico individual y del mundo que nos rodea. Se clasifica de la siguiente manera:
 - Alerta: Se conservan de todas las funciones de relación.
 - Somnolencia: Diferentes estados de sueño.
 - Estupor. El paciente se despierta pero con agitación no mantiene una relación con el medio.
 - Coma: se encuentran alteradas de forma más o menos total las funciones de relación. Un enfermo en coma puede no reaccionar ni a estímulos nociceptivos (que provocan una agresión dolorosa de los tejidos, por ejemplo pincharlos o perforarlos). (16)

Para la valoración neurológica del individuo se utiliza la escala de Glasgow, compuesta por tres parámetros de evaluación:

Respuesta ocular

Respuesta motora

Respuesta verbal.

A cada uno se le asigna un valor dependiendo de la respuesta del paciente, los resultados se suman al final para realizar la interpretación. El valor más bajo que puede obtenerse es de 3 (1 +1 +1), y el más alto de 15 (4 +5 +6).

- Valoración de independencia: siguiendo las indicaciones de la organización de la valoración se mira el grado de independencia que tiene el paciente

mediante interrogación, observación de que actividades puede realizar sin ayuda.

- Valoración de la fuerza muscular: se utiliza la escala de fuerza muscular modificada del MRC (Medical Research Council) que clasifica la fuerza de la siguiente manera:

Tabla 1. Valoración de la fuerza muscular

0	Ausente	Parálisis total
1	Mínima	Contracción muscular visible sin movimiento
2	Escasa	Movimiento eliminado la gravedad
3	Regular	Movimiento parcial sólo contra gravedad
3+	Regular +	Movimiento completo sólo contra gravedad
4	Buena -	Movimiento completo contra gravedad y resistencia mínima. Buena: movimiento completo contra gravedad y resistencia moderada.
4+	Buena +	Movimiento completo contra gravedad y fuerte resistencia
5	Normal	Movimiento completo contra resistencia total

(17)

- Valoración del nivel de sedación:

La escala de agitación y sedación de Richmond (RASS) ha sido recientemente descrita, y es la más ampliamente aplicada y validada. (18) valora el nivel de sedación según condiciones de tratamiento. La evaluación debe realizarse diariamente para conocer si presentan un nivel de sedación apropiado. Después de valorar la sedación en el paciente que presenta agitación, se debe investigar la presencia de delirio.

Tabla 2. Escala de agitación y sedación de Richmond

Escala de Agitación y Sedación de Richmond : RASS
+4 Combativo: Combativo, violento, peligro inmediato para el grupo
+3 Muy agitado: Se jala o retira tubos ó catéteres; agresivo
+2 Agitado: Movimientos frecuentes y sin propósito, lucha con el ventilador
+1 Inquietud: Ansioso, pero sin movimientos agresivos o vigorosos
0 Alerta y calmado
-1 Somnoliento: No está plenamente alerta, pero se mantiene despierto (apertura y contacto ocular) al llamado verbal (=10seg)
-2 Sedación leve: Despierta brevemente al llamado verbal con contacto ocular (<10 seg)
-3 Sedación moderada: Movimiento o apertura ocular al llamado verbal contacto (pero sin visual)
-4 Sedación profunda: Sin respuesta al llamado verbal, pero hay movimiento o apertura ocular al estímulo físico
-5 Sin respuesta: Sin respuesta a la voz o estímulo físico

(18)

- Valoración del sistema respiratorio:

La interpretación que hace el paciente de sus signos y síntomas y su respuesta emocional hacia ellos son importantes en la exacerbación de los síntomas. Establecer que soporte respiratorio tiene y como es su acoplamiento, permitirá ver si está utilizando sus músculos o por el contrario depende del ventilador completamente.

La valoración respiratoria incluye: patrón respiratorio, niveles de oxigenación, calidad de tos, movimientos respiratorios, auscultación en busca de sobre agregados, estado de la ventilación/ perfusión.

- Valoración del sistema cardiovascular:

Establecer en todos los aspectos los antecedentes con la familia historia clínica y paciente orienta la valoración y la atención que requiere.

Signos vitales: frecuencia cardíaca, pulsos, tensión arterial, temperatura. La valoración hemodinámica muestra el comportamiento del musculo cardíaco su circulación y presiones de todo el sistema circulatorio son indicadores que guían el manejo del soporte que el paciente requiere y marca la pauta del inicio de la prevención y manejo del desacondicionamiento físico así como la respuesta del organismo al mismo. La observación y la palpación son aspectos importantes, coloración de piel, pulsos periféricos y movimientos respiratorios.

- Valoración del sistema urinario: valorar pruebas de función renal, volumen horario y características de la orina y balance de líquidos.
- Valoración del sistema gastrointestinal: la vía de alimentación, funcionalidad, apariencia del abdomen, ruidos intestinales, deposiciones y su aspecto
- Valoración Metabólica y endocrina: control balance nitrogenado, control de glicemia cada 4 a 6 horas según condiciones del paciente, medición de albumina (17)
- Valoración del sistema tegumentario: Se utiliza para valorar el riesgo de lesión de piel a través de la escala de Braden, la cual da una aproximación del riesgo de úlceras por presión.

Tabla 3. Riesgo de úlceras por presión

RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN		
	Puntaje	Nivel de riesgo
	<13	Riesgo alto
	13-14	Riesgo moderado
Si edad <75 años	15-16	Riesgo bajo
	>17	Sin riesgo
Si edad >75 años	15-18	Riesgo bajo
	>19	Sin riesgo

Tabla 4. Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN						
	Percepción sensorial	Exposición a la humedad	Actividad	Movilidad	Nutrición	Riesgo de lesiones cutáneas
1	Completamente limitada	Constantemente húmeda	Encamado	Completamente inmóvil	Muy pobre	Problema
2	Muy limitada	Húmeda con frecuencia	En silla	Probablemente inadecuada	Probablemente inadecuada	Problema potencial
3	Ligeramente limitada	Ocasionalmente húmeda	Deambula ocasionalmente	Adecuada	Adecuada	No existe problema aparente
4	Sin limitaciones	Raramente húmeda	Deambula frecuentemente	Excelente	Excelente	

Es importante tener en cuenta si el paciente está con edema, la edad, la calidad de la piel, aspectos individuales de la tolerancia o reacción a cintas adhesivas. La inmovilización que requiere para protección o con fines terapéuticos. (19)

- Valoración del aspecto psicológico: es importante para conocer mejor al paciente que está críticamente enfermo, se indaga sobre aspectos personales de su apreciación del estado de salud, que aspectos le brindan tranquilidad, que lo descompensa o no tolera, quiénes son las personas importantes en su vida, sus miedos. Su familia si el paciente no se puede comunicar será la fuente de información.

Una vez obtenidos los datos de la valoración es importante conocer y establecer estrategias que permitan disminuir o evitar el desacondicionamiento en las personas que se ven expuestas a la inmovilización o reposo prolongado de tal manera que se desarrollen tempranamente y en forma organizada e individualizando intervenciones de enfermería apropiadas.

Otros aspectos generales para tener en cuenta en la prevención y manejo del síndrome de desacondicionamiento físico son:

- Tratar precozmente la patología de base.
- Controlar estrictamente la glicemia entre 100-150 mg/dl
- Utilizar relajantes como último recurso
- Utilizar corticoides solo estrictamente en situaciones necesarias, y por el tiempo necesario
- Corregir y evitar hiperosmolaridad.
- Utilizar nutrición parenteral por el menor tiempo posible
- Movilización y cambios posturales frecuentes
- Prevención de neuropatías por compresión
- Prevención de escaras
- Profilaxis de trombosis venosa profunda
- Protección ocular. (14)

2.4 LA POSICIÓN

Una actividad fundamental de enfermería es la prevención de complicaciones asociadas al reposo prolongado del paciente de uci, y se relaciona con la posición adecuada en cama y la movilidad.

Una posición adecuada requiere no perder de vista la alineación corporal, la columna cervical debe estar alineada y los cambios de posición se realizaran mínimo cada 2 horas.

- Cambios de posición funcional:

Para realizar los cambios de posición se debe tener en cuenta la alineación corporal que consiste en colocar al paciente en posición funcional, es decir en una posición que impida la aparición de deformidades articulares y facilite la rápida recuperación del paciente.

Posiciones anatómicas y ángulos adecuados para cada articulación:

Hombros: Abducción 45 grados

Codos: 75 grados de flexión

Puños: 35 grados de extensión

Pulgar: Abducción

Caderas: Neutras

Rodillas en extensión

Cuello de pie: Neutro ángulo de 90 grados.

2.4.1 Decúbito dorsal o supino

El paciente se encuentra acostado sobre su espalda, con los brazos y las piernas extendidas, las rodillas algo flexionadas y los pies en ángulo recto con respecto al cuerpo. Pueden utilizarse almohadas y cojines para conseguir la correcta alineación del cuerpo.



2.4.2 Decúbito ventral

El paciente se encuentra acostado sobre su abdomen, con la cabeza girada hacia uno de los lados y los brazos flexionados a ambos lados de la cabeza para conseguir la expansión torácica.

Esta postura se usa en pacientes sometidos a cirugía dorsal, con el fin de dar masajes en la espalda y realizar un plan de cambios posturales, y en pacientes con síndrome de dificultad respiratorio del adulto. En esta postura, al igual que en el resto, debemos vigilar las posibles zonas de riesgo para evitar la aparición de úlceras por presión.

Actuaciones de enfermería:

- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que está frenada.
- Desplazar el paciente hacia el lado contrario a donde se va a voltear.
- Adosar el brazo al cuerpo del mismo lado y girarlo teniendo cuidado con las conexiones.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre tórax y abdomen.
- Descansar la cabeza sobre una almohada pequeña, evitando una excesiva distensión de la columna vertebral.

- Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen por debajo del diafragma.
- Apoyar los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.
- Colocar una pequeña almohada debajo de la flexora de los pies para elevar los dedos de los pies.
- Vigilar los dedos de los pies, rodillas, genitales en el varón y mamas en la mujer, mejillas y oídos.



2.4.3 Decúbito lateral

El paciente se encuentra acostado de lado, con la cabeza apoyada sobre la almohada y el brazo inferior flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza. El brazo superior está flexionado y apoyado sobre el cuerpo, la cama o una almohada para facilitar la expansión torácica. La pierna inferior se halla con la rodilla ligeramente doblada y la pierna superior, flexionada a la altura de la cadera y de la rodilla. Los pies se sitúan en ángulo recto para evitar la flexión plantar. Esta postura puede ser lateral izquierda o derecha.

La posición de decúbito lateral se utiliza en los siguientes casos:

Cambios posturales, higiene corporal, descanso, cambio de ropa de cama con el paciente encamado, cirugía para toracotomías, cirugía renal y ortopédica.

Actuaciones de enfermería:

- Verificar que el enfermo no se encuentra muy cerca del borde de la cama. Si lo está, moverlo hacia el centro.
- Situarse en el lado de la cama hacia el que se quiere girar al enfermo.
- Colocar un pie delante del otro.

- Situarse el brazo del paciente que se encuentre más cerca lo más próximo a ti que puedas y fuera de su cuerpo a continuación, flexionar el otro brazo del paciente sobre su tórax y colocar la pierna más alejada sobre la más cercana. Tensar nuestros músculos glúteos y abdominales y flexionar las rodillas
- Colocar una mano sobre el hombro más alejado y la otra sobre la cadera más alejada.
- Girar al paciente Hacia nosotros balanceándonos hacia atrás y cambiando el peso hacia el pie.
- Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre la almohada. El otro brazo descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado.
- Colocar una almohada bajo la pierna superior, semiflexionada desde la ingle hasta el pie.
- Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.
- Elevar la cabecera de la cama según las necesidades y seguridad del paciente.
- Vigilar las zonas de las orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maléolos.



Posición sentada

Actuaciones del personal de enfermería:

- Colocar al paciente en posición sentado, el paciente se encuentra sentado sobre la cama con las extremidades inferiores extendidas y con las superiores dirigidas hacia delante, pudiendo estar las manos apoyadas sobre la cama.
- Colocar una almohada para sostener la cabeza y otra en la zona lumbar.

*La posición de ortopnea: sentado en la cama con una bandeja de cama sobre el regazo, apoyado en una almohada inclinado hacia delante. Esta postura facilita la respiración. O brazos encima de mesa puente por periodos de no más de 1 hora. Pero hacerlo por lo menos 2 veces al día

Posición del fowler o semi-fowler:

En esta posición la cabecera de la cama esta elevada hasta formar un ángulo de 45°. El paciente esta acostado con las rodillas flexionadas y los pies descansando sobre el plano horizontal de la cama. Se pueden colocar almohadas en el cuello, muslos, tobillos, etc. para evitar tensiones.

Situaciones en las que se emplean:

- Cuando haya que realizar cambios posturales.
- En pacientes con problemas respiratorios o cardiacos.
- Para facilitar actos como comer o leer en la cama.
- Para llevar a cabo exploraciones de cabeza, cuello, ojos, oídos, nariz, garganta y pecho.

Actuaciones de enfermería:

- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Elevar la cabecera de la cama entre 45° y 60°.
- Retirar almohada de la cabeza.
- Colocar una almohada en la zona lumbar, otra bajo los muslos y una almohada pequeña bajo los tobillos.
- Vigilar las zonas del sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos.
- La posición de semi-fowler tiene un grado de inclinación menor de 30°.

- La posición fowler modificada la diferencia con la fowler estriba en el arqueamiento de la articulación de la rodilla y cuando el paciente está sentado con inclinación y reposo sobre una mesa o varias almohadas.



Posición semiprona ,inglesa o semiprona

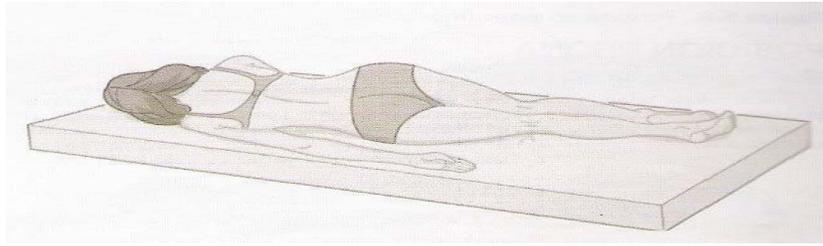
El paciente está en posición de decúbito lateral izquierdo, con el brazo izquierdo extendido detrás de la espalda y el brazo derecho, flexionado, cercano a la cabeza. La pierna izquierda se encuentra extendida o ligeramente flexionada y la derecha esta flexionada y adelantada sobre la izquierda.

Esta posición es recomendada en los siguientes casos:

- Pacientes inconscientes.
- Colocación de sondas rectales.
- Administración de enemas.
- Exámenes rectales.

Actuación de enfermería:

- Colocar cama en posición horizontal, asegurándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición horizontal descansando sobre el abdomen.
- Un brazo está detrás del cuerpo y otro flexionado por el hombro y el codo.
- Colocar una almohada bajo la cabeza del paciente
- Colocar una almohada bajo el brazo superior, flexionado, apoyando éste a la altura del hombro.
- Colocar una almohada bajo la pierna superior flexionada, a la altura de la cadera.



Procedimiento para mover el paciente al borde de la cama

Justificado en todo paciente que por cualquier circunstancia no coopere.

Actuaciones de enfermería:

- El auxiliar se colocara en el lado de la cama hacia donde se moverá al enfermo, para evitar que se caiga.
- Quitar la ropa de la cama, menos la sabana superior que cubrirá al paciente
- Colocar el brazo del paciente que se encuentre más cercano a nosotros a lo largo de su tórax.
- Colocar un pie delante del otro y flexionar las rodillas.
- Situar un brazo debajo del hombro más alejado del paciente, de forma que la cabeza de este descanse en el antebrazo manteniendo el codo doblado.
- Poner el otro brazo debajo de la curvatura lumbar del paciente. Tensar los músculos glúteos y abdominales.
- Tirar de la cabeza, hombros y tórax del paciente hacia el lado que se quiere mover.
- Para mover la zona de los glúteos del paciente, poner un brazo debajo de la cintura de este y el otro debajo de los muslos.
- Para mover los miembros Inferiores del paciente, situar un brazo debajo de los muslos y el otro debajo de las piernas.

Procedimiento para colocar paciente sedente:

- Incorporar al paciente aplicando el procedimiento de entrecruzamiento de brazos
- Girar las Piernas del paciente hacia nosotros, dejándolas caer por el borde de la cama.

-Una vez sentado en el borde de la cama, poner un pie delante de los pies del enfermo y el otro a un lado.

-Meter la mano que nos queda libre por debajo de la axila.

- Doblar nuestras rodillas para tener la fuerza necesaria para levantar de forma suave al enfermo.

-Le diremos que mientras nosotros realizamos el movimiento, se apoye en nuestro hombro. (20)

La Movilización:

Se entiende por movilización el movimiento articular que tiene por objeto actuar sobre los elementos que forman toda la articulación.

El objetivo principal de la movilización es prevenir disminuir o eliminar la limitación de la movilidad articular, consecutiva a causas intra o extra-articulares; la cual se lleva a cabo por el deslizamiento de las superficies articulares y de los elementos peri articulares, favoreciendo además, la reabsorción de los exudados patológicos, evitando en esta forma la adherencia intra o extra articular.

Beneficios del ejercicio:

- Sistema musculo esquelético. Aumenta la fuerza muscular, mejora la tolerancia al ejercicio.
- Sistema endocrino: mejora la tolerancia a la glucosa.
- Sistema cardiovascular: aumenta el gasto cardíaco, disminuye la frecuencia cardíaca en reposo.
- Sistema nervioso. Mejora la coordinación y el balance, aumenta el umbral doloroso, mejora el estado anímico.

Las movilizaciones pueden ser:

Movilizaciones pasivas: Las movilizaciones pasivas son aquellas que ejecuta el operador de forma preventiva o curativa, sin que haya participación activa (ayuda o resistencia) del paciente.

Movilizaciones preventivas: cuando existe déficit muscular, las movilizaciones pasivas regulares de todas las articulaciones permiten evitar la aparición de rigideces en malas o inadecuadas posiciones. Su finalidad es evitar contracturas al mantener un arco normal de movimiento. Las movilizaciones preventivas deben ser progresivas, no traumáticas e indoloras y con una frecuencia diaria variable según la etiología.

Técnicas de la movilización

Para una efectiva movilización del paciente, hay que tener en cuenta lo siguiente: Conocimientos de anatomía y fisiología de los componentes articulares y peri articulares, los arcos, movilidad, los factores que la limitan. Respetar tanto los planos del movimiento como las amplitudes articulares fisiológicas.

Ejercicios pasivos

Los ejercicios pasivos son un conjunto de técnicas que se aplican sobre las estructuras afectadas, sin que el paciente realice ningún movimiento voluntario de la zona que hay que tratar, el paciente no realiza ni ayuda ni resistencia al movimiento.

Su objetivo es prevenir adherencias y contracturas de los tejidos y mantener la elasticidad, mantener la movilidad o restablecer la misma que de las articulaciones que se encuentran limitadas.

Está contraindicado en fracturas en procesos de consolidación, derrames articulares, rigidez articular postraumática, tumores en la zona de tratamiento

Cuidados para una movilización pasiva:

- Mantener una posición conveniente, tanto para el operador como para el paciente.
- Estabilizar o fijar la articulación proximal y sostener todos los segmentos distales.
- Evitar causar dolor o no ser traumatizante con la maniobra.
- Mantener un movimiento lento o uniforme
- Tener un tiempo de duración para evitar el agotamiento y/o cansancio.

Procedimiento:

-Subir la cama de la persona a una altura que sea cómoda para usted. Esto evita que usted lesione su espalda u otros músculos. Tenga cuidado de ponerle el seguro a la cama o silla de ruedas.

-Hacer los ejercicios con suavidad y gran cuidado. Nunca debe forzar ni estirar demasiado los músculos de la persona. Esto puede lesionar el músculo en lugar de mejorarlo.

-Mover lentamente las articulaciones de la persona en caso de que presente espasmos musculares

-Suspender los ejercicios si la persona siente dolor.

-Disponer del tiempo necesario para hacer diariamente los ejercicios y hacerlos parte de la rutina de la persona

-Hacer los ejercicios en el mismo orden para que sean simples y fáciles de recordar.

-La forma ordenada de hacer los ejercicios, es comenzando por la cabeza de la persona e ir bajando hasta los dedos de los pies de la siguiente manera:

- Ejercicios para la cabeza y el cuello:

Acueste a la persona sobre la espalda con la cabeza lo más plana que sea posible, sin usar almohada. Sostenga la parte trasera de la cabeza de la persona con una de sus manos. Con su otra mano, sosténgale la barbilla.

- Barbilla y pecho:

Levante la parte de atrás de la cabeza de la persona. Con suavidad, lleve la barbilla, de la persona, hasta el pecho o lo más cerca posible. Trate de descansar la barbilla de la persona en el pecho si es posible.

-Movimientos de cabeza:

Sostenga la cara de la persona entre sus manos. Gire la cabeza de la persona hacia la derecha como si fuera a mirar sobre el hombro derecho. Luego, haga lo mismo hacia el lado izquierdo de la persona. Gire la cabeza de la persona de manera que la nariz quede alineada con el hombro.

-Inclinaciones de cabeza:

Sostenga la cara de la persona entre sus manos. Incline la cabeza de la persona hacia el lado acercando su oreja hacia el hombro derecho. Luego regrese la cabeza de la persona lentamente como si fuera a tocar su hombro izquierdo con su oreja izquierda.

- Ejercicios para los hombros y codos:

Coloque una mano debajo del codo de la persona y sosténgale la muñeca con su otra mano. Mantenga derecho el codo de la persona o dóblelo ligeramente si hay necesidad.

-Movimientos verticales de los hombros

Estos movimientos se realizan de arriba a abajo. Mueva la palma de la mano de la persona hacia adentro hacia el dirección cuerpo. Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado y hacia arriba de su cabeza lo máximo posible. Hasta tocar la oreja. Baje el brazo de la persona y colóquelo sobre el lado.

-Movimientos laterales de los hombros:

Estos movimientos son de un lado a otro. Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado y hacia arriba de su cabeza lo máximo posible. Bájele el brazo y páselo hacia la parte frontal del cuerpo en la dirección del hombro izquierdo de la persona. Regrese el brazo de la persona hacia el lado.

-Rotación del hombro:

Levante el brazo derecho de la persona hacia el lado. Doble el codo de manera que los dedos queden apuntando hacia arriba. Gire ahora el brazo de la persona de manera que los dedos queden apuntando hacia abajo en la dirección de los pies.

-Dobleces verticales del codo:

Con el brazo de la persona hacia el lado, gire la palma de la mano apuntando hacia el techo. Doble el brazo en el codo de manera que los dedos apunten hacia el techo. Continúe, si es posible, doblando el codo y toque con los dedos la parte frontal del hombro derecho de la persona. Regrese la mano de la persona hacia el lado.

-Dobleces laterales del codo:

Sostenga el brazo derecho de la persona a la altura del hombro con la palma de la mano apuntando al techo. Doble el codo. Trate de hacer que las yemas de los dedos de la persona toquen la parte de encima del hombro derecho.

Repetir los ejercicios anteriores con el brazo izquierdo.

- Ejercicios para el antebrazo y la muñeca:

Comience con los brazos de la persona a los lados. Con una de sus manos sujete un poco más abajo de la muñeca y con la otra sosténgale la mano a la persona.

- Rotación de la muñeca: Sostenga la muñeca y mano del brazo derecho de la persona de manera que la palma de la mano apunte hacia el piso. Dejando el codo sobre la cama, levante el antebrazo hacia arriba. Sostenga la mano y dóblela en la dirección de la muñeca y luego llévela hacia abajo hasta que sienta resistencia. Mueva la mano de un lado a otro. Haga rotaciones con la mano como si estuviera haciendo círculos.

- Palma arriba y abajo: Con el codo y antebrazo de la persona sobre la cama, levántele la mano. Con suavidad muévale la palma de la mano hacia arriba en la dirección del techo. Ahora muévale la mano de manera que la palma quede apuntando al piso.

Repetir los ejercicios anteriores con el brazo izquierdo.

- Ejercicios para la mano y los dedos:

Con una de sus manos, sostenga la muñeca de la persona para enderezarla. Con su otra mano sosténgale la mano y hágale los ejercicios en la mano y los dedos.

-Flexiones de los dedos: Coloque su mano detrás de la mano de la persona y empúñele la mano. Ábrale la mano y enderécele los dedos.

-Estiramiento de los dedos: Abra la mano de la persona y estírele los dedos lo más aparte posible. Únale de nuevo los dedos.

-Toques de los dedos: Haga este ejercicio tocándole la yema del dedo gordo de la mano de la persona con los otros dedos uno por uno.

-Círculos con el dedo gordo: Mueva el dedo gordo de la persona como si estuviera haciendo círculos.

Repetir los ejercicios anteriores en los dedos de la otra mano de la persona.

- Ejercicios para la cadera y rodilla:

-Flexiones de cadera y rodilla: Doble lentamente la rodilla derecha lo más cerca que pueda hacia el pecho de la persona. Deslice la mano debajo de la rodilla hacia la parte de encima del muslo para doblarle la rodilla completamente.

-Movimientos laterales de la pierna: Esto se hace de un lado a otro. Mueva la pierna derecha de la persona hacia el lado lo que más pueda. Regrese la pierna hacia el centro y crúcela en la dirección de la otra pierna.

-Rotaciones de la pierna: Esto se hace desde afuera hacia adentro. Con la pierna de la persona plana sobre la cama, ruede la pierna hacia la mitad de la cama de manera que el dedo gordo toque la cama. Ruede la pierna hacia afuera tratando de que el dedo chiquito toque la cama.

-Rotaciones de la rodilla: Esto se hace desde adentro hacia afuera. Mueva la rodilla derecha de la persona de manera que la planta del pie le quede sobre la cama. Ruede la pierna hacia adentro lo que más pueda. Trate de tocar la cama con el dedo gordo. Ruede la pierna hacia afuera lo más posible. Trate de tocar la cama con el dedo chiquito.

Repetir los ejercicios anteriores con la pierna izquierda.

- Ejercicios para el tobillo y pie:

Para empezar: Con una de sus manos, sosténgale el tobillo a la persona y con su otra mano sosténgale la planta del pie.

-Flexiones de tobillo: Empuje el pie de la persona levantando los dedos del pie lo que más pueda en la dirección del techo. Ahora ponga su mano sobre la parte de encima del pie y empuje el pie hacia abajo.

-Rotación de tobillo: Sostenga el pie de la persona con una mano al nivel del tobillo y la otra sobre la parte de encima del pie. Con suavidad mueva el tobillo y pie como si estuviera haciendo círculos.

-Flexiones de los dedos: Con la palma de su mano sobre la parte de encima del pie de la persona, encoja los dedos hacia abajo en la dirección de la planta del pie. Luego, enderece los dedos.

-Separación de los dedos: Use sus dedos para separar los dedos del pie de la persona y luego únalos de nuevo.

Repetir los ejercicios anteriores con el otro tobillo y pie de la persona. (21)

Efectos de los movimientos pasivos (22)

- Mantenimiento de la amplitud de la movilidad articular
- Prevención contracturas.
- Mantenimiento integridad de tejidos blandos y elasticidad muscular.
- Incremento circulación venosa.
- Incremento producción liquido sinovial (y nutrición cartílago)

- Disminución dolor.
- Mejora flujo linfático.
- Relajación articular.
- Mejora nutrición muscular.
- Efecto psicológico positivo.
- Mejora conciencia de movimiento y contribuye a conservar esquema corporal.

Movilización activa asistida:

En este tipo de ejercicio es preciso lograr que el paciente desarrolle la conciencia motriz y suscitar en el los suficientes estímulos para que lo realice voluntariamente

La importancia de los ejercicios activos asistidos es:

Recuperar o mantener la función muscular y facilitar los movimientos articulares, mantener o recuperar el trofismo muscular, mantener el tono muscular, aumentar la resistencia muscular, reforzar los movimientos articulares, evitar la rigidez muscular, prevenir los edemas, éxtasis y flebitis, actuar sobre las funciones cardíacas y respiratorias.

Los ejercicios activos se clasifican en:

-Activos asistidos: se realizan cuando el paciente no es capaz por sí mismo de llevar a cabo el movimiento en contra de la gravedad, por lo que necesita ayuda para su realización.

-Activos libres: también llamados gravitacionales, el paciente ejecuta los movimientos de los músculos afectados exclusivamente sin requerir ayuda, ni resistencia externa, excepto la gravedad.

Con este tipo de movilizaciones se mantiene el ángulo articular, la fuerza y la coordinación.

-Activos resistidos: movimientos que se realizan tratando de vencer la resistencia que opone el personal de enfermería con sus manos o por medio de instrumentos, o sea, la contracción muscular se realiza contra resistencias externas. Este tipo de ejercicio aumenta potencia, volumen y resistencia muscular. Para su realización el paciente debe tener nota 4 en la valoración muscular. La finalidad de estos ejercicios es el fortalecimiento neuromuscular: fuerza, velocidad, resistencia y coordinación.

Hay dos formas de realizar los ejercicios activos resistidos: la manual (el personal de enfermería aplica la resistencia en la línea de movimiento oponiéndose a ella), y la mecánica (se utilizan aparatos y sistemas diversos como pesos, muelles, resortes, poleas, banco de cuádriceps, etc., para oponer resistencia. La aplicación de pesos o cargas se aplica directamente sobre el segmento que se desea movilizar o indirectamente con poleas o aparatos especiales).

Indicaciones de los ejercicios activos:

Secuelas postraumáticas, alteraciones del sistema nervioso (hemiplejias paraplejias), alteraciones cardiorrespiratorias (IAM, asma, EPOC), enfermedades vasculares periféricas.

Contraindicaciones de los ejercicios activos:

Procesos inflamatorios o infecciosos en fase aguda, hemopatías graves, miocardiopatía descompensada, no colaboración del paciente por trastornos mentales, anquilosis articulares, fracturas recientes. (21)

Movilización activa:

Conjunto de ejercicios realizado por el propio paciente haciendo uso de su propia fuerza.

Uso terapéutico: mantenimiento y recuperación de la fuerza muscular y del trofismo muscular, las contracciones musculares acompañadas o no del desplazamiento de los segmentos, permiten evitar las grandes rigideces articulares, constituyendo un medio preventivo.

La Sedestación en cama:

La posición en la cama semisentada deberá evitarse siempre, ya que refuerza los patrones espásticos. La posición idónea sería la sedestación erguida, pero es difícil permanecer en ella, pues el paciente tiende a resbalarse hacia los pies de la cama y adopta posiciones indeseables, por ello en cuanto sea posible se levantará al paciente y se sentará en una silla adecuada, y si se debe utilizar la sedestación en la cama, será una sedestación erguida.

Actuación de enfermería:

-Para ella las caderas deberán flexionarse hasta el ángulo recto y la columna vertebral deberá extenderse.

- Para conseguir la posición erguida, colocaremos en la espalda del paciente las almohadas necesarias.

-Dejaremos la cabeza sin apoyo para que comience a mantenerse activamente.

Sedestación en una silla:

En una silla apropiada se puede adoptar y mantener una postura más erguida, por lo que es aconsejable transferir al paciente fuera de la cama tan pronto como su

estado general lo permita. Gradualmente, el tiempo que el paciente pase fuera de la cama irá aumentando.

No debería dejarse al paciente solo, lo más pertinente sería mantenerlo ocupado con actividades apropiadas en compañía de otros.

La posición más adecuada es la siguiente:

-Cabeza y tronco bien alineados en sedestación erguida, se evitara la tendencia extensora del tronco, llevando la pelvis del paciente hasta el fondo de la silla, y si es necesario, poniendo una almohada entre el respaldo de la silla y la espalda del paciente.

- Los miembros superiores extendidos y adelantados con los codos apoyados sobre una mesa. Las manos abiertas, bien con los dedos entrecruzados o bien con la mano pléjica sobre la no pléjica.

-Los miembros inferiores, rodillas y caderas en ángulo recto, los pies planos sobre el suelo, apoyando el talón.

-Es preferible sentar al paciente durante periodos breves a dejarlo dormir incomodo en la silla en una posición con tono y postura anormal.

Paso de la silla a la cama y viceversa:

-Nos colocamos frente al paciente y sostenemos el brazo hemipléjico, manteniéndolo extendido entre nuestro brazo y nuestro cuerpo, ejerciendo presión a nivel de la escápula.

-La rodilla hemipléjica del paciente estará firmemente sostenida entre nuestras rodillas.

-El peso del paciente se lleva adelante apoyándolo en sus pies.

-Ejerciendo un ligero empuje hacia delante y abajo, sobre la escápula del paciente, conseguiremos levantarlo del trasero.

-Una vez hecho esto, facilitaremos la rotación hacia la silla, controlando el movimiento de la pierna hemipléjica, sostenida firmemente entre nuestras rodillas.

(20)

Beneficios del posicionamiento y de las movilizaciones:

-Mejoría en la relación V/Q (Ventilación/Perfusión)

-Reduce el trabajo cardiaco y pulmonar, previniendo de igual forma la aparición de hipotensión ortostática, disminuyendo así signos del desacondicionamiento físico y previniendo este (21)

- Mantiene el rango de movilidad articular, optimizando la flexibilidad, fuerza muscular y función, disminuyendo de igual manera el riesgo de trombo embolismo.

-Incremento de las variables metabólicas y hemodinámicas para pacientes críticamente enfermos.

-Mejora las relaciones interpersonales personal de enfermería y paciente.

- Ayuda a la sensibilidad interoceptiva, exteroceptiva y propioceptiva.

-Mantiene planos de deslizamiento, propiedades pasivas musculares (elasticidad y extensibilidad), propiedades sensitivas del músculo (21).

Tabla 5. Efectos de los movimientos activos

EFFECTOS DE LOS MOVIMIENTOS ACTIVOS	
Hemodinámicas y metabolismo	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento flujo sanguíneo, disminución edema. • Aumento riego sanguíneo en músculos (vasodilatación local y vasoconstricción visceral). • Economía del esfuerzo cardiaco. • Mejora de regulación circulatoria. • Aumento gasto cardiaco. • Mejora retorno venoso. • Incremento en la tasas de síntesis de proteínas, induciendo a mayor producción de actina y miosina con potenciación del incremento de la longitud muscular. • Aumento contractilidad miocardio. • Puede tener un efecto antiinflamatorio • Favorece el intercambio tisular.
Neuro muscular	<ul style="list-style-type: none"> • Modulación del tono muscular. (pasivo disminuye) • Mejora de la coordinación intra e intermuscular. • Mejoría de la resistencia muscular con mejor aprovechamiento de nutrientes y oxígeno. • Por ley del grosor, donde el grosor del cartílago es proporcional a las fuerzas de compresión que soporta, se tiene efecto en esto por medio de la cinesiterapia. • Proporcionar retroalimentación sensorial. • Desarrolla la coordinación y las destrezas motoras,. • Disminución del dolor. • Mejora flujo linfático. • Relajación articular. • Mejora nutrición muscular. • Efecto psicológico positivo. • Mejora conciencia de movimiento y contribuye a conservar esquema corporal
Musculo esquelético	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la elasticidad. • Mejora o recupera movimientos limitados. • Aumento en presión articular. • Conservación de material óseo. • Relajación articular. • Se beneficia por ley de Wolf, donde la tracción ejercida por los músculos en la periferia del hueso estimula las células subperiósticas y predispone el desarrollo del hueso en su grosor, de ahí la atrofia del esqueleto en los territorios paralizados y el efecto benéfico del trabajo muscular durante un período de permanencia en cama. • Preserva la función dinámica de las Articulaciones, manteniendo estos tejidos en su longitud normal, y para

	<p>conservar así las amplitudes.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El incremento de la fuerza de un músculo se obtiene por aumento de la cantidad de sarcómeros. Puede lograrse por alargamiento de las miofibrillas y, por lo tanto, de las fibras que las contienen o por creación de nuevas miofibrillas en el sarcoplasma. • Además aumenta la red capilar muscular. • Mejoran resistencia muscular. • Previene fibrosis.
Pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la ventilación. • Aumenta el trabajo diafragmático.
Psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación, mejoría estado anímico, menos angustia, menos intranquilidad. • Liberación de endorfinas.

(22)

Recomendaciones generales para tener en cuenta:

Iniciar un programa de rehabilitación en forma concomitante con el soporte metabólico y terapia nutricional, asegurando una mejor utilización de los nutrientes que se le están aportando a estos pacientes (11)

Se debe iniciar en las primeras 24 a 48 horas de haber ingresado el paciente críticamente enfermo a la unidad de cuidados intensivos.

Para pacientes en coma se recomienda:

- Posiciones adecuadas en el lecho
- Prescripción de férulas y ortesis
- Prescripción de medias antiembolicas
- Prevención de escaras, cuidados de piel
- Movilizaciones pasivas
- Estimulación sensorio motora: auditiva, visual, sensitiva superficial (tacto, dolor, temperatura)
- Propiocepción, estímulos laberínticos Estimulación bioeléctrica funcional

Para pacientes consientes:

- Posiciones adecuadas en el lecho
- Prevención de escaras
- Manejo de esfínteres
- Movilizaciones asistidas
- Estimulación sensorio motora: auditiva, visual, sensitiva superficial (tacto, dolor, temperatura)
- Propiocepción, estímulos laberínticos
- Estimulación bioeléctrica funcional
- Reeducación y fortalecimiento de patrones de movimiento (11)

Es tan importante el inicio temprano de la actividad física como permitir periodos de sueño profundos con el objetivo de regular el ciclo sueño vigilia, que le permiten orientarse en tiempo evita el delirio facilita que el paciente participe activamente en las actividades físicas.

Uso horario de reposicionamiento que alivia el área anatómica vulnerable con más frecuencia (por ejemplo, si el área vulnerable es la región sacra, girar a la persona en el sentido horario en forma alternativa. En decúbito lateral izquierdo, decúbito supino decúbito, lateral derecho. (23)

Si el sujeto de cuidado conserva la capacidad de movilidad, instrúyalo para que realice cambios de posición cada 30 min a 2 horas; esta periodicidad depende de factores como el comportamiento del patrón de sueño y descanso y las características individuales de la piel para recuperarse de la presión. (23) La frecuencia de giro corporal horario, debe aumentar si hay áreas enrojecidas que aparentemente parecieran no desaparecer dentro de 1 h después de girar.

Es de especial importancia mantener la cama lo más plana posible, para reducir las fuerzas de cizallamiento, y limitar la posición de Fowler a un periodo de duración de sólo 30 minutos.

Promueva la utilización de bloques de espuma o almohadas para obtener un efecto de transición, y sostener el cuerpo por encima y por debajo de la zona de alto riesgo o ulcerada. Para las zonas afectadas evite tocar la superficie de la cama, no use espuma o flotadores inflables, ya que aumentan la zona de presión. Supla o reduzca la presión en las prominencias óseas mediante la utilización de colchones inflables antiescaras con motores que garanticen cambios de presión cada 5 minutos. Utilice protectores para reducir la fricción en los codos y los talones.

El servicio debe garantizar el talento humano entrenado y suficiente para movilizar a la persona en la cama o silla. Promover la óptima circulación de retorno sanguíneo cuando la persona está sentada. Inspeccione las áreas con riesgo de úlceras como prominencias óseas y pliegues cutáneos en cada cambio de posición.

En relación a las Intervenciones que mejoran el flujo sanguíneo venoso se recomienda:

Elevar la extremidad por encima del nivel del corazón (puede estar contraindicado en casos de enfermedad severa cardíaca o respiratoria). Considerar el uso de medias anti embolicas para prevenir el estasis venoso. Reducir o eliminar la compresión venosa, lo que impide el flujo venoso Evitar cruzar las piernas. Cambiar de posición, y mover las extremidades, manos, pies y los dedos cada hora. Evitar colocar a la persona ligas y medias elásticas apretadas encima de las rodillas. Realizar mediciones circunferenciales diarias comparativas a nivel de muslos si la persona está en riesgo de trombosis venosa profunda, o si se sospecha. Realizar ejercicios con un rango de movimiento acorde a las características del paciente (la frecuencia será determinada por la condición de la persona enferma). Apoyar las extremidades en almohadas para evitar o reducir

los edemas periféricos. Animar a la persona a realizar rutinas de ejercicio prescritos específicos para articulaciones.

Promover el acompañamiento de la familia y animar a la persona a compartir sentimientos y temores con respecto a la restricción de movimientos. Animar a la persona a usar ropa propia en vez de pijama, y adornos únicos (por ejemplo, gorras de béisbol, los calcetines de colores) para expresar la individualidad.

Reducir la monotonía de la inmovilidad. Variar la rutina diaria cuando sea posible (por ejemplo, dar un baño en la tarde, permitir que la persona vea un programa especial- si hay disponibilidad de TV y lo desea o hable con un visitante durante horarios extras. (23

3. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

CATEGORÍAS	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>FIN: Los Pacientes hospitalizados en la UCI no presentaran desacondicionamiento físico, debido al Cuidado de enfermería para su bienestar.</p>	<p>No de pacientes hospitalizados en la UCI que no presentan desacondicionamiento físico, debido al Cuidado de enfermería para su bienestar</p> <hr/> <p>Total de pacientes hospitalizados en la UCI con riesgo de desacondicionamiento físico</p>	<p>Evidencia de mantenimiento y/o recuperación de la funcionalidad en los pacientes hospitalizados en UCI</p> <p>Listas de chequeo de intervenciones de enfermería</p>	<p>Interés institucional, para aceptar un programa que mejore la calidad de atención de enfermería dirigida al paciente en riesgo o con desacondicionamiento físico</p> <p>Respuesta de los pacientes hospitalizados en la UCI a las actividades programadas por las enfermeras. Implementación del programa como guía de manejo dentro del manual de procedimientos de enfermería.</p>

<p>PROPOSITO:</p> <p>Las enfermeras ofrecerán a los pacientes de la UCI cuidado integral orientado hacia su bienestar para prevenir y/o tratar el desacondicionamiento físico</p>	<p>No de enfermeras que ofrecen cuidado integral orientado hacia el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico la UCI</p> <hr/> <p>Total de enfermeras de la UCI médica de la Clínica FOSCAL</p>	<p>Encuesta de satisfacción de las enfermeras</p>	<p>Motivación del Personal de enfermería para participar en actividades educativas que mejoran su desempeño</p>
<p>OBJETIVO GENERAL:</p> <p>Capacitar a las enfermeras en el cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL</p>	<p>No enfermeras capacitadas en cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL</p> <hr/> <p>Total de enfermeras de la UCI médica de la Clínica FOSCAL</p>	<p>Lista de asistencia a la capacitación</p>	<p>Aceptación por parte de las enfermeras de participar en la capacitación</p>

4. PLAN DE ACCION

Objetivo No 1. Reconocer el significado que tiene para las enfermeras dar un cuidado a los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL.

ACTIVIDADES	INDICADORES	RECURSOS	MEDIO DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Entrevista semiestructurada	<p>Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de UCI médica FOSCAL que responden a la entrevista</p> <hr/> <p>Total de enfermeras y auxiliares de Enfermería de la UCI médica FOSCAL</p>	<p>Humanos: Enfermeras</p> <p>Materiales: Papelería Lapiceros</p> <p>Tecnológicos ; Computador impresora</p>	<p>Lista de personas entrevistadas.</p> <p>Análisis de las respuestas dadas en las entrevistas.</p>	<p>Disposición de enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCI para participar en la entrevista.</p>

Objetivo No 2. Demostrar la importancia que tiene para el personal de enfermería identificar y reconocer las necesidades y capacidades de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL para enfrentar la experiencia de su enfermedad. (Mantener la creencia)

ACTIVIDADES	INDICADORES	RECURSOS	MEDIO DE VERIFICACION	SUPUESTOS
<p>Elaboración del manual de conceptos teóricos sobre el síndrome de desacondicionamiento físico e intervenciones de enfermería para prevenirlo o tratarlo.</p> <p>Presentación y socialización en reunión grupal del manual sobre conceptos teóricos sobre el síndrome de desacondicionamiento físico e intervenciones de enfermería para prevenirlo o tratarlo</p>	<p>Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de UCI médica que participa en la presentación y socialización de la guía</p> <p>_____</p> <p>–</p> <p>Total de enfermeras</p>	<p>Humanos: enfermeras</p> <p>Materiales: Papelería Guía de manejo</p> <p>Tecnológicos: Computador Internet</p>	<p>Manual de conceptos teóricos desarrollado.</p> <p>Firmas de recibido de manual de conceptos teóricos, enviada por correo</p> <p>Evaluación escrita de conocimientos adquiridos.</p> <p>Lista de asistencia a la actividad.</p>	<p>Enfermeras y auxiliares de enfermería de UCI motivado y receptivo a la información</p> <p>Que las enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCI reciban, o no lean la información enviada a su correo</p>

<p>Análisis de casos de enfermería que evidencien las necesidades y capacidades de los pacientes en riesgo de desarrollar el síndrome de desacondicionamiento físico.</p>	<p>y auxiliares de enfermería de UCI medica de la FOSCAL</p> <p>Numero de enfermeras y auxiliares de enfermería de UCI medica que identifica las capacidades y necesidades de los pacientes</p> <p>-----</p> <p>Total de enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCI médica asistentes a la actividad.</p>		<p>Registros escritos del análisis de casos.</p>	<p>Grupo de enfermería proactivo.</p>
---	--	--	--	---------------------------------------

Objetivo No 3. Proponer prácticas adecuadas, en los cuidados de enfermería que se administran rutinariamente a los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL (Hacer para, estar con).

ACTIVIDADES	INDICADORES	RECURSOS	MEDIO DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Lluvia de ideas basadas en casos reales de la UCI médica FOSCAL.	Numero de enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCI medica que participan en la lluvia de ideas	humanos: enfermeras diseñador grafico	Lista de asistencia a la actividad. Análisis de las ideas expresadas por el grupo.	Disposición de las enfermeras y auxiliares de enfermería para participar en la lluvia de ideas
Elaborar y socializar folleto.	Total de enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCI médica Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCI medica asistentes, que reconoce las practicas de cuidado adecuadas socializadas en el folleto Total de enfermeras	materiales: papelería marcadores lápiz tecnológicos: Computador, impresora.	Folleto	Adherencia a las prácticas propuestas.

<p>Elaboración de protocolo de manejo de enfermería " Cuidados de enfermería para el bienestar de los pacientes con riesgo de desacondicionamiento físico"</p>	<p>y auxiliares de enfermería de la UCI médica.</p> <p>Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de UCI medica con adherencia al protocolo de manejo de enfermería _____</p> <p>Total de personal de enfermería de la uci medica</p>		<p>Protocolo de manejo de enfermería.</p> <p>Lista de chequeo.</p>	
--	--	--	--	--

Objetivo No 4. Generar competencias que desarrollen habilidades y aptitudes en la enfermera que se manifiesten en el cuidado integral para el bienestar de de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL.

ACTIVIDAD	INDICADORES	RECURSOS	MEDIO DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Taller teórico práctico	<p>Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de la UCI médica que participan en el taller teórico-práctico</p> <p>-----</p> <p>Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de UCI médica FOSCAL</p>	<p>Humanos: terapeuta física Enfermeras</p> <p>Materiales: papelería , marcadores</p> <p>Salón Camilla Almohadas Escalerilla.</p> <p>Tecnológicos impresora , computador Video-beam</p>	<p>Lista de asistencia al taller</p> <p>Evaluación del taller</p>	<p>Disposición de las enfermeras y las auxiliares para participar en la jornada de capacitación.</p>

Objetivo No 5 -Reconocer la importancia del acompañamiento apoyo y disponibilidad de enfermería hacia los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL. (Permitir)

ACTIVIDADES	INDICADORES	RECURSOS	MEDIO DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Supervisión, acompañamiento, retroalimentación al personal de enfermería en las actividades de cuidado brindadas.	Número de enfermeras y auxiliares de enfermería de UCI que brinda cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo desacondicionamiento físico en la UCI <hr/> Total de enfermeras y auxiliares de enfermería medica FOSCAL	Humanos: personal de enfermería. Materiales: Papelería Instalaciones de la UCI médica. Tecnológicos: Computador Internet	Lista de chequeo Encuesta de satisfacción.	Enfermeras y auxiliares de enfermería de UCI FOSCAL motivado y receptivo a la supervisión y acompañamiento

4.1 DESARROLLO DEL PLAN DE ACCION

OBJETIVO No 1

ACTIVIDADES:

➤ ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA (ANEXO 2)

1. Elaboración del cuestionario.

Fecha de elaboración: 6 de Noviembre 2011

2. Desarrollo de la entrevista

Se explicará el objetivo al entrevistado

Se seguirá la estructura de las preguntas para que el entrevistado responda a ellas y realice aportes adicionales si así lo desea.

Se llevará registro escrito de lo expresado por los entrevistados, y de las expresiones no verbales captadas. (Tiempo para la actividad 15 minutos por entrevista)

3. Síntesis de ideas expresadas por los entrevistados en reunión grupal
(Tiempo 15 minutos)

Responsables de la actividad: Enfermeras del proyecto

Lugar: UCI médica de la FOSCAL

OBJETIVO No 2

ACTIVIDADES:

➤ ELABORACION, PRESENTACION Y SOCIALIZACION DEL MANUAL DE CONCEPTOS TEORICOS SOBRE EL SINDROME DE DESACONDIONAMIENTO FISICO E INTERVENCIONES DE ENFERMERIA PARA PREVENIRLO O TRATARLO

1. Elaboración del manual de conceptos:

Este contiene análisis del problema, justificación del proyecto, resumen del marco conceptual.

Fecha de elaboración: 1 al 31 de octubre de 2011

2. Envío por correo electrónico del manual de conceptos

Fecha de envío: 1 al 7 de noviembre de 2011

3. Envío de invitación a participar del taller teórico práctico.

Fecha de envío: 1 al 7 de noviembre de 2011

4. Plenaria acerca del contenido del manual de conceptos, durante el taller teórico práctico (Tiempo para la actividad 30 minutos)

Fecha de realización: 11 al 15 de noviembre de 2011

Lugar: UCI médica de la FOSCAL

Responsables de la actividad: Enfermeras del proyecto

CASOS CLINICOS (ANEXO 3)

1. Elaboración de casos clínicos:

Se escogerán 3 casos clínicos reales de la U C I medica de la FOSCAL ,que evidencien riesgo de desacondicionamiento físico ,con diferente nivel de conciencia que permitan establecer manejo de actividades diferentes acorde a las necesidades y capacidades de los pacientes.

Fecha de elaboración: 1 al 5 de noviembre de 2011

2. Análisis de casos por grupos: se establecerán necesidades e intervenciones de enfermería acordes a cada caso.

3. Puesta en común, cada grupo hará demostraciones de intervenciones de enfermería apropiadas para cada caso.

4. Lluvia de ideas: Se fomentará la expresión de ideas que servirán de aporte para la realización de la guía de enfermería para prevención y manejo del síndrome de desacondicionamiento físico

Fecha de realización: 11 al 15 de noviembre de 2011

Lugar: UCI médica de la FOSCAL

Responsables de la actividad: Enfermeras del proyecto

OBJETIVO No 3

ACTIVIDADES

ELABORACION ENTREGA Y SOCIALIZACION DEL FOLLETO ILUSTRADO PARA EL MANEJO DEL DESACONDICIONAMIENTO FISICO

1. Selección del contenido con asesoría de un fisioterapeuta
2. Elaboración del folleto
3. Entrega del folleto durante el taller teórico práctico

Fecha de realización del folleto: octubre de 2011

Fecha de entrega del folleto. 11 al 15 de noviembre de 2011

Lugar: UCI médica de la FOSCAL

Responsables de la actividad: Enfermeras del proyecto

ELABORACION DE LA GUIA DE MANEJO DE ENFERMERIA" CUIDADOS DE ENFERMERIA PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES EN RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO" (ANEXO 4)

1. Se recogerán los aportes del grupo de enfermería de la UCI médica.
2. Elaboración de la guía.

Fecha de realización: 11 al 17 de noviembre de 2011

Lugar: UCI médica de la FOSCAL

Responsables de la actividad: Enfermeras del proyecto

OBJETIVO No 4

ACTIVIDADES

TALLER TEORICO PRÁCTICO

1. Presentación del proyecto: tema del proyecto, objetivos general y específicos, y como se van a lograr cada uno de estos.
2. Presentación de las conclusiones de la entrevista semiestructurada

3. Plenaria donde se hará síntesis del manual de conceptos teóricos enviada a los correos de cada uno de los participantes, se aclararan dudas y se promoverá la participación activa del grupo.
4. Demostración de las técnicas adecuadas de posicionamiento.

Basado en la técnica juego de roles se le solicitara al comienzo del taller a uno de los participantes que se acueste en una cama y se le realizará inmovilización. Posteriormente se le interrogará al voluntario que esta inmovilizado de la experiencia de estar inmovilizado y permanecer en una posición con los elementos que actualmente se usan en la U C I para posicionar los pacientes, qué sentimientos le generaron como se afectó su bienestar. Se estimulará al grupo para dar su concepto sobre las técnicas empleadas.

Una vez terminada la anterior actividad, se hará la demostración de las posiciones funcionales y la técnica correcta.

5. Desarrollo de casos clínicos:

Para ello se repartirán los participantes Del taller en 3 grupos y se les entregara a cada grupo 1 caso clínico. Cada grupo contará con la asesoría de una enfermera líder del proyecto. Leerán el caso clínico, identificarán las capacidades y necesidades del paciente y reconocerán intervenciones de enfermería que prevengan y traten el desacondicionamiento físico; para ello tendrán como referencia el folleto ilustrado guía para el manejo del desacondicionamiento físico.

Cada grupo expondrá el caso clínico, estableciendo las necesidades y capacidades del paciente y se demostraran las intervenciones de enfermería identificadas.

Se fomentará la participación activa del grupo través de la lluvia de ideas.

6. Evaluación del taller (ANEXO 8)
7. Refrigerio

Tiempo para la realización del taller (2 horas)

Fecha de realización: 11 al 15 de noviembre de 2011

Lugar: UCI médica de la FOSCAL

Responsables de la actividad: Enfermeras del proyecto

OBJETIVO No 5.

ACTIVIDADES:

SUPERVISION, ACOMPAÑAMIENTO Y RETROALIMENTACION AL PERSONAL DE ENFERMERIA EN LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO BRINDADAS.

1. Durante los turnos se realizará acompañamiento, se reforzarán conocimientos.
2. Se realizará lista de chequeo (ANEXO 5)

Fecha de realización: 15 al 17 de noviembre de 2011

Lugar: UCI médica de la FOSCAL

Responsables de la actividad: Enfermeras del proyecto

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS

Se realizará evaluación de conocimientos una vez terminadas las actividades de educación, supervisión y acompañamiento (ANEXO 9)

Tiempo para evaluación de cada persona 15 minutos.

Análisis de resultados.

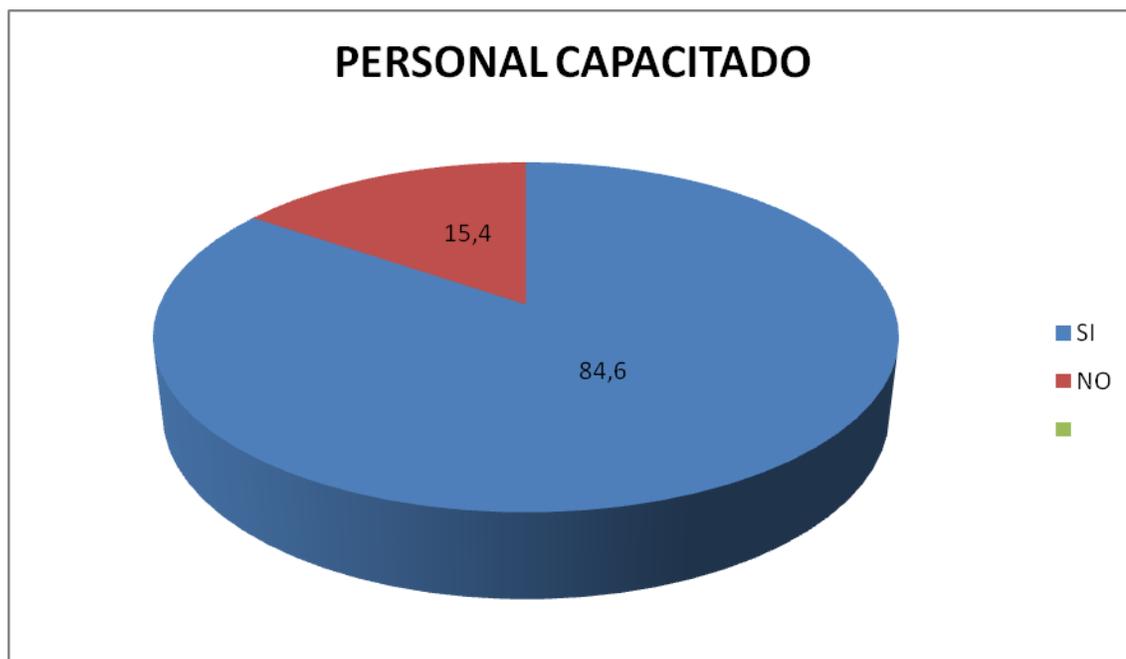
4.2 ANALISIS DE RESULTADOS

Objetivo General

Capacitar a las enfermeras en el Cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de Descondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL

El 84,6% del personal de Enfermería, fue capacitado, EL 15,4 % que corresponde 4 personas no asistieron ,2 por incapacidad laboral y 2 no aceptaron participar en el proyecto

Figura 3. Personal Capacitado



PLAN DE ACCION

1) Reconocer el significado que tiene para las enfermeras dar un cuidado a los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL.

-Entrevista semiestructurada

El 84.6% del personal entrevistado contestó de la siguiente forma a cada pregunta

a) ¿Conoce usted que es el síndrome de desacondicionamiento físico ¿ que aspectos conoce ?

El 18,1% que corresponde a 4 personas, no tenían conocimiento acerca del tema, el restante los asocia a atrofia muscular y deterioro de la movilidad, asociado a estancia prolongada en UCI, dando respuestas como:

Figura 4. Desacondicionamiento físico



“Son secuelas producidas por inmovilización prolongada o relajación muscular en pacientes que lo requieren, pero que nos olvidamos de evitarlas”

“Es toda discapacidad –atrofia tanto muscular como funcional que sufren los paciente sometidos a grandes estancias en UCI”

“Es un proceso de deterioro fisiológico y metabólico asociado a inmovilidad del paciente crítico”

b) ¿Considera importante su intervención de enfermería para prevenir o tratar el desacondicionamiento físico?

El 100% la consideró importante, puesto que el personal de enfermería se encuentra en contacto con el paciente las 24 horas del día, permitiéndole desarrollar actividades orientadas a prevenir o controlar el desacondicionamiento físico, algunas de las repuestas fueron:

Figura 5. Intervención de enfermería



“Sí, claro, nosotros que somos las personas que mas estamos en contacto físico, por que somos nosotras las auxiliares las que bañamos los pacientes, les cambiamos la cama y otras actividades”

“Si, ya que podemos prevenir posibles secuelas provocadas durante la hospitalización “

“Si, me parece muy importante ya que ayuda a dar una atención integral al usuario y por ende le permite retornar a su vida de manera mas rápida disminuyendo secuelas”

c) ¿Que intervenciones de enfermería ha realizado para prevenir o tratar el desacondicionamiento físico de sus pacientes?

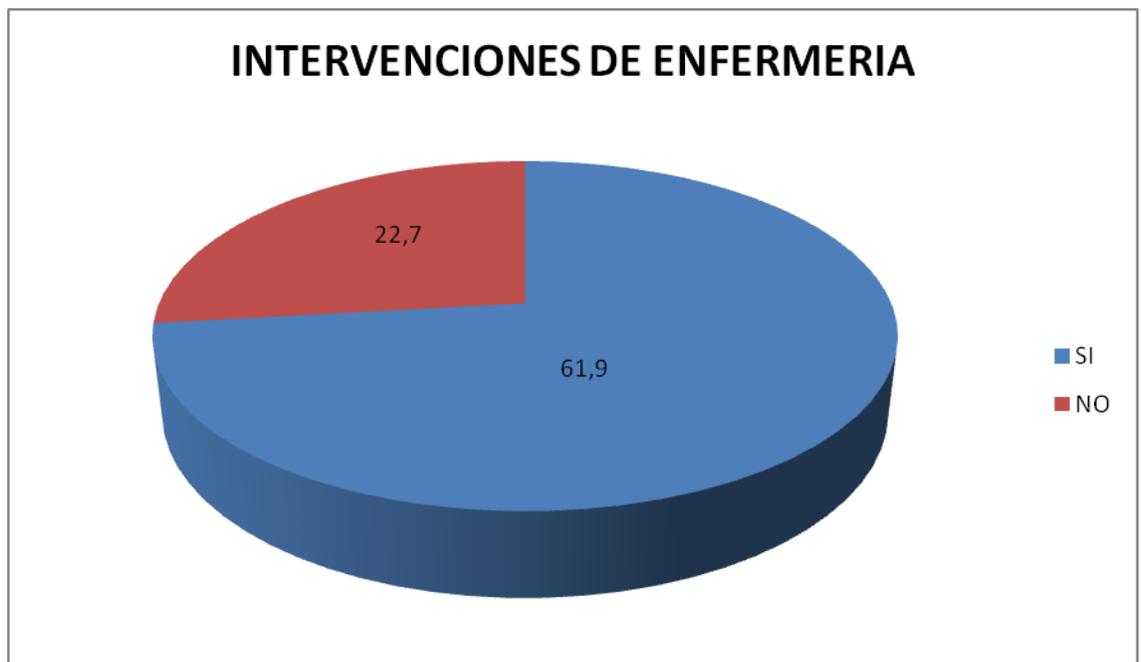
El 61.9% relacionaron las intervenciones de enfermería con movilización temprana, cambios de posición, cuidados de piel, confort, masaje y ejercicios pasivos.

22.7%, no reconocieron en su actividad de cuidado de enfermería, actividades que puedan desarrollar para prevenir o controlar en desacondicionamiento físico, esto se reflejó en expresiones como:

“Prevención de pie caído, ubicación de los usuarios de forma adecuada, posturas adecuadas y gestionar la realización de terapia física “

“Cambio de posición, lubricación de la piel acolchonar zonas de presión”
“ejercicio pasivo”

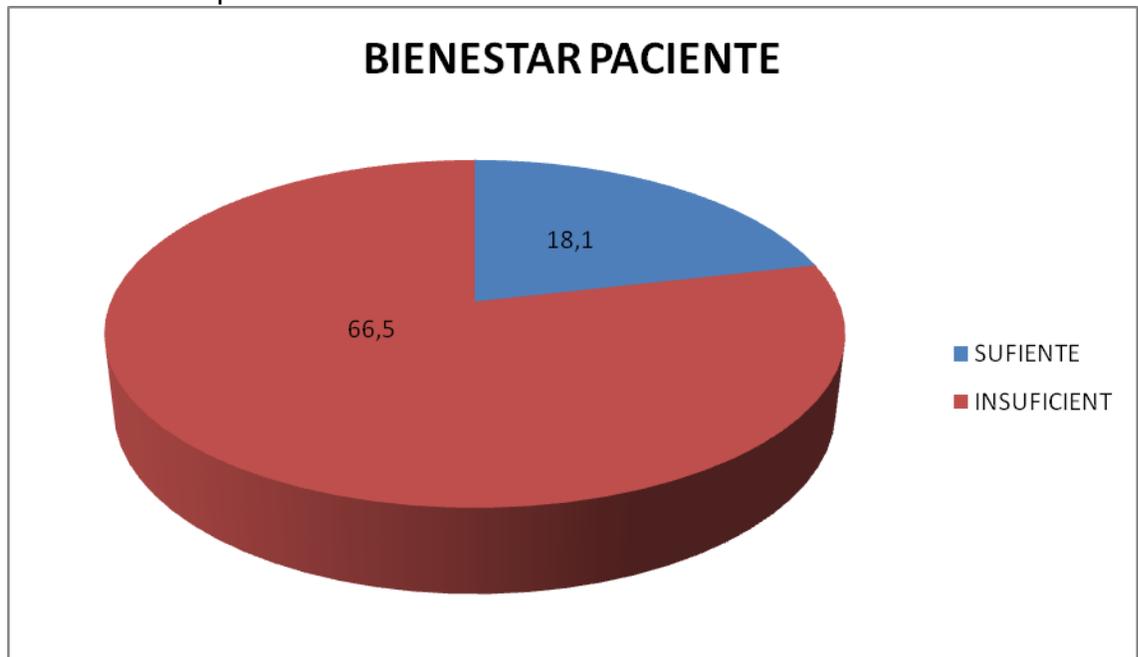
Figura 6. Intervenciones de enfermería



d) ¿Cree que esas intervenciones genera bienestar a sus pacientes, por que?

El 18,1%, consideraron que actividades de confort, cambios de posición, prevención de lesiones de piel fueron suficientes para generar bienestar al paciente y evita complicaciones futuras. El restante 66.5 % desean conocer otras alternativas de manejo que les permita brindar un cuidado holístico, con expresiones como:

Figura 7. Bienestar paciente



“Si, por que el aseo y la lubricación de piel, evita que se lesione y así todo lo demás”

“Evita lesiones y facilita la recuperación”

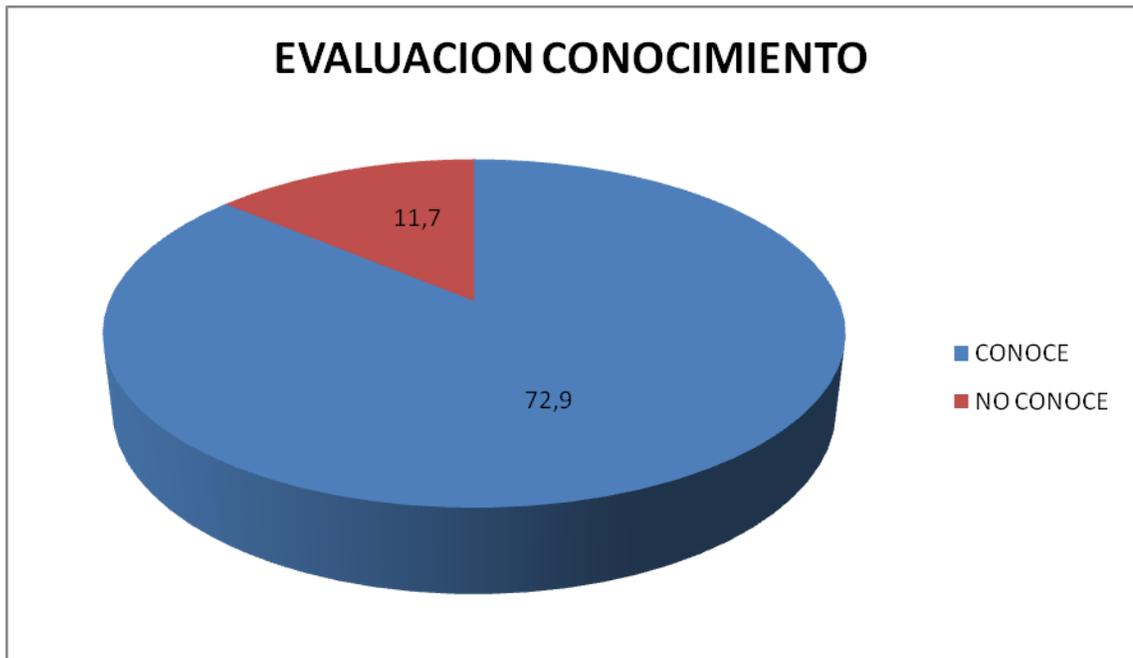
“Si, mejora el confort, evita lesiones y facilita el drenaje postural y la recuperación”

2) Demostrar la importancia que tiene para el personal de enfermería identificar y reconocer las necesidades y capacidades de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL para enfrentar la experiencia de su enfermedad. (Mantener la creencia)

a) Evaluación escrita de conocimientos

El 72.9% que corresponde a 19 asistentes al taller, respondieron acertadamente y 11.7% restantes tiene error en una o dos respuestas.

Figura 8. Evaluación conocimiento



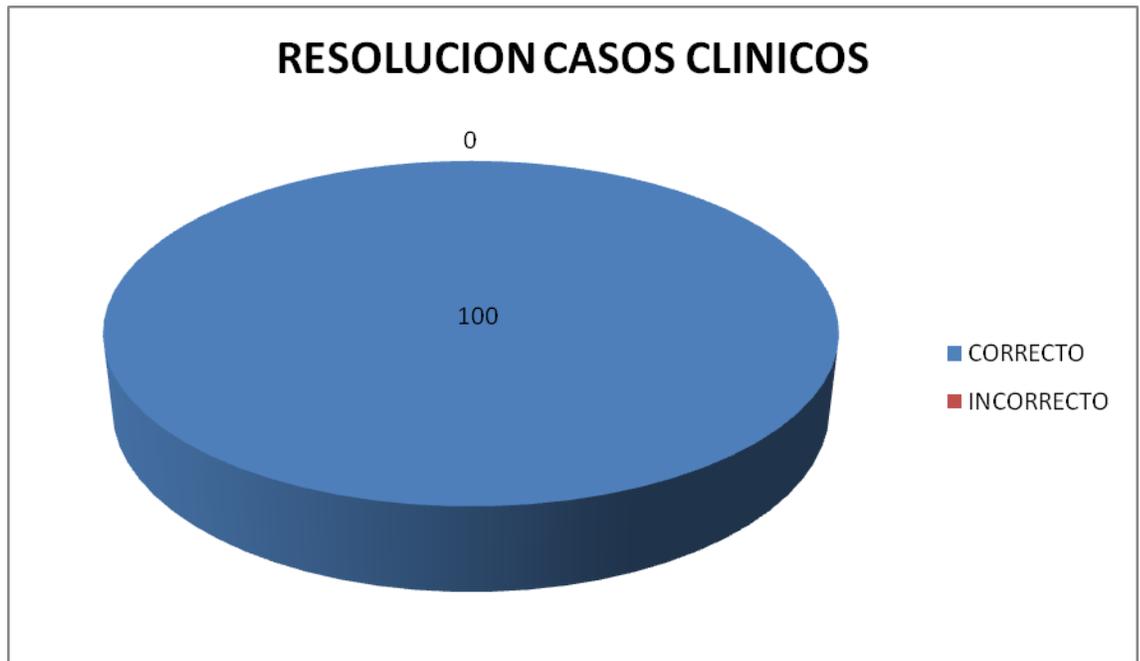
b) Casos clínicos

El 100 % identificó las necesidades de los pacientes, señalando las manifestaciones clínicas tanto físicas, psicológicas como familiares que evidenciaban el desacondicionamiento físico, para cada caso y proponen actividades que se podrían desarrollar en los mismos.

Realizan demostración de las intervenciones de enfermería para cada uno, teniendo en cuenta el manual de conocimientos teóricos para prevención y manejo del desacondicionamiento físico.

Las profesionales a cargo del proyecto, realizaron las correcciones pertinentes y los aportes necesarios que complementan el aprendizaje.

Figura 9. Resolución casos clínicos



3- Proponer prácticas adecuadas, en los cuidados de enfermería que se administran rutinariamente a los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL. (Hacer para y estar con).

a) Lluvia de ideas

El 84,6%, de las personas participaron en esta actividad realizando propuestas tales como:

-Consecución de un cojín en forma de cuadrado, que permita mantener posición en ángulo de 90 grados para los pies.

-Acojinamiento de los codos para pacientes con agitación psicomotora y que por fricción se puedan lacerar la piel

-Extender la capacitación a familiares, con el fin de obtener su colaboración para realización de movilizaciones permitidas para el paciente en tiempo de visita.

-retroalimentación semanal de los cambios de posición y movilizaciones para el paciente

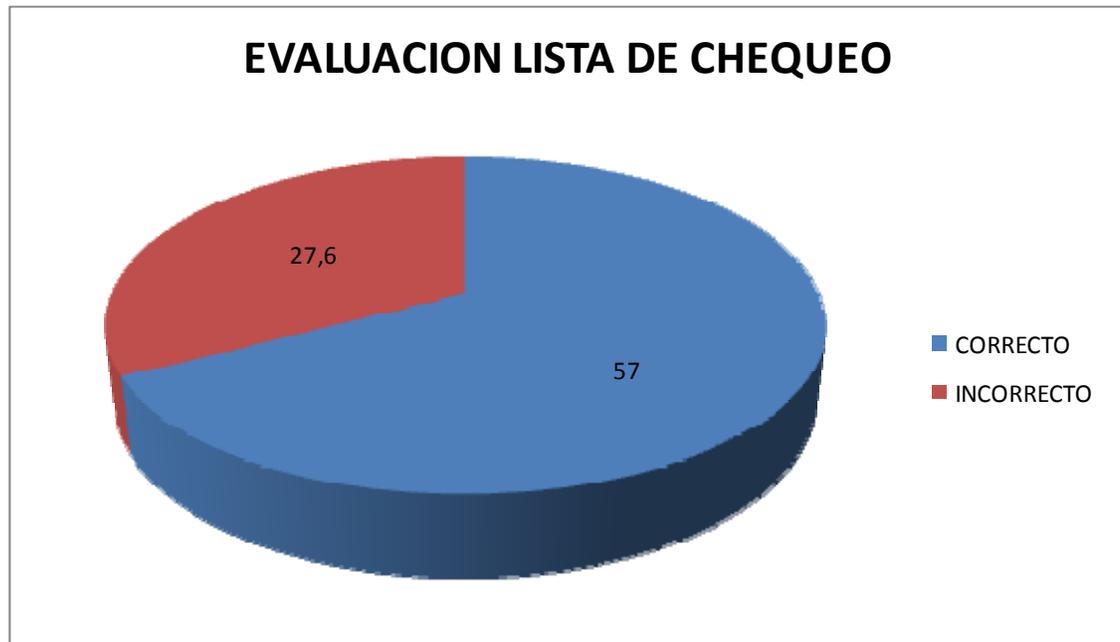
b) Socialización del folleto

El 84,1%, de las personas reconocieron que una adecuada intervención de enfermería, favorece la no presencia de desacondicionamiento físico y/o control del mismo, reduce las estancias prolongadas de los pacientes en UCI, a la vez que disminuye la carga laboral.

c) Lista de chequeo

El 57% de las personas a las que se les aplicó la lista de chequeo, hacen adherencia siguiendo las indicaciones de la guía de manejo para prevención y/o control de el desacondicionamiento físico; sin embargo EL 27.6% en actividades como lavado de manos antes y después de cada procedimiento, posicionamiento del paciente en cama y realización de ejercicios pasivos, requieren reforzamiento ya que son actividades en el actuar de enfermería que requiere constancia para obtener óptimos resultados.

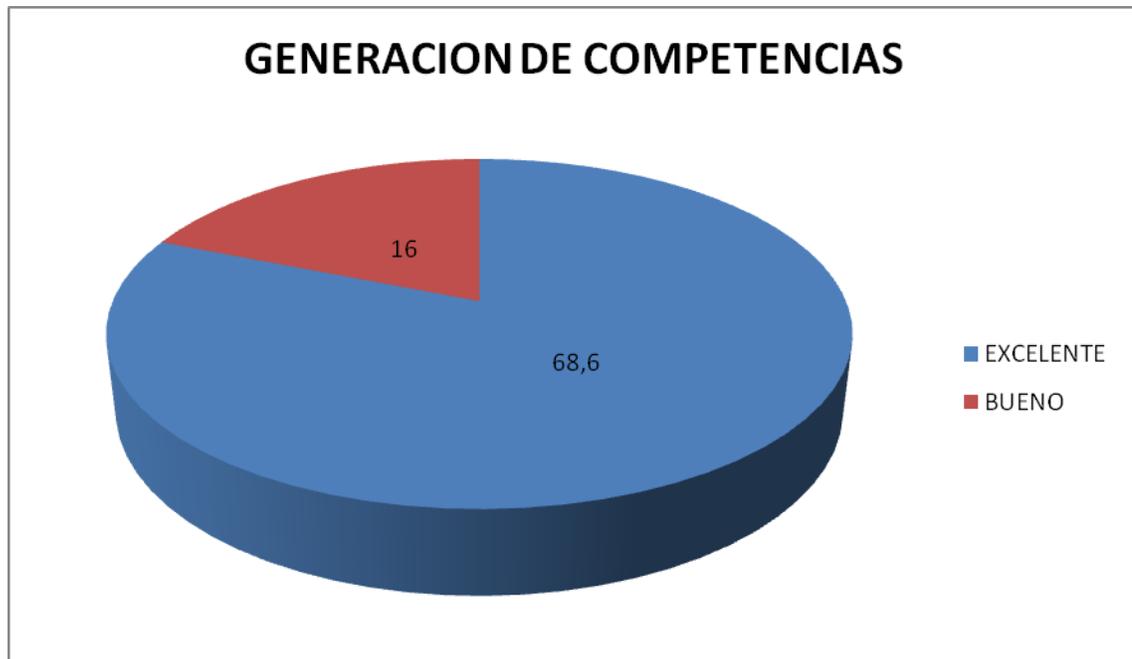
Figura 10. Evaluación lista de chequeo



4- Generar competencias que desarrollen habilidades y aptitudes en la enfermera que se manifiesten en el cuidado integral para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL.

El 68.6%, de los participantes consideraron el aprendizaje en el taller como excelente y el 16% como bueno, les agrado la participación y la practica realizada en el mismo ,manifiestan debilidades para el aprendizaje en comentarios como:

Figura 11. Generación de competencias



“poco espacio en el primer día del taller “

“en pos turno el aprendizaje disminuye por fatiga”.

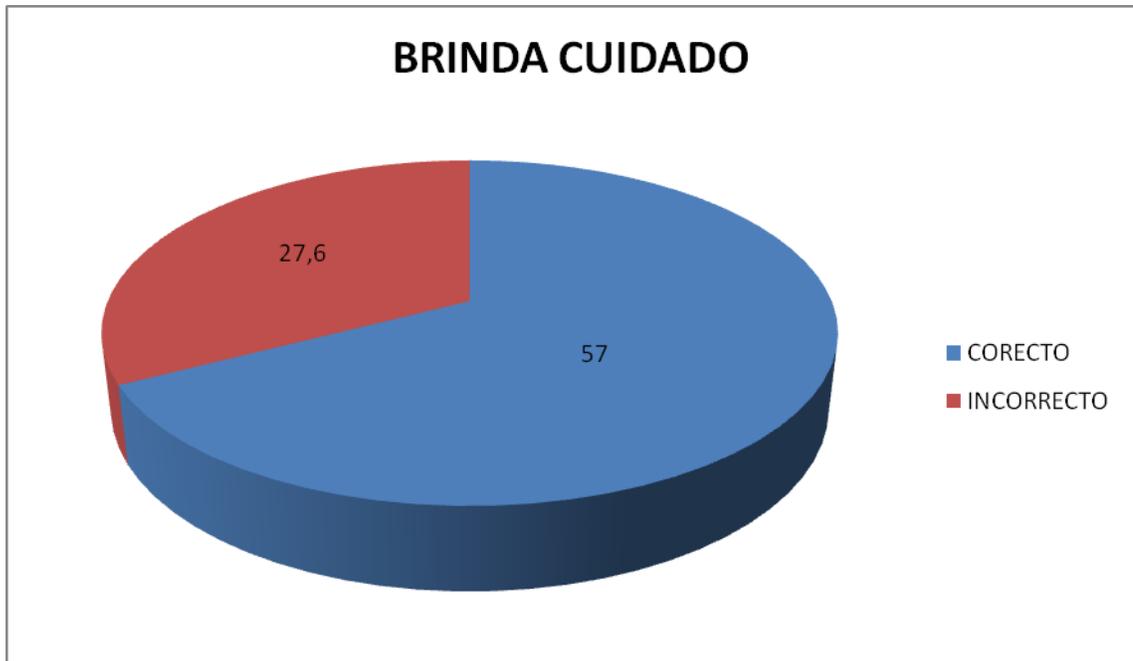
Consideran que el conocimiento adquirido, permite brindar un cuidado holístico y que se debe implementar nuevas prácticas que permitan desarrollar capacidades y actitudes en beneficio propio y de los pacientes.

5-Reconocer la importancia del acompañamiento apoyo y disponibilidad de enfermería hacia los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL. (Permitir)

a) Lista de chequeo

El 57%, de las personas, brinda cuidado para el bienestar del paciente con desacondicionamiento físico, se observa disposición para el cambio de actitud y de actividades en la práctica diaria de enfermería.

Figura 12. Brinda cuidado



b) Encuesta de satisfacción

El grupo consideró que las actividades realizadas durante el taller y el acompañamiento, cumplieron con sus expectativas, aunque en algunos momentos por la complejidad del servicio, no se pudieron realizar todas las actividades programadas para el paciente según la valoración de enfermería.

5. CONCLUSIONES

El proyecto fue aceptado y evaluado por las directivas de las unidades, como un excelente aporte a la atención de los pacientes de la UCI y quedará institucionalizado para desarrollar en todas las unidades.

El desempeño de enfermería frente al paciente cambió positivamente brindando cuidado de manera holística y con el compromiso de ofrecer bienestar.

Los Proyectos de gestión mejoran las intervenciones de enfermería; porque permite planearlas y desarrollarlas acorde a la identificación de necesidades, dando solución asertiva a las diferentes situaciones de salud del ser humano.

Actividades como la movilización y ejercicios en todos los pacientes producen un cambio de actitud y una mejoría positiva en su estado emocional que se evidenció durante el desarrollo de las intervenciones realizadas por el personal de enfermería como resultado del aprendizaje.

En el personal de enfermería inicialmente se presentó rechazo por el miedo a asumir nuevas actividades que podrían aumentar su carga laboral; pero se demostró el cambio de calidad en la atención con intervenciones planeadas y sustentadas que mejoran el bienestar del paciente.

Protocolos nuevos refrescan el actuar de enfermería, engrandeciendo la labor y haciéndola cada vez más humana y de mayor calidad.

A pesar del corto tiempo del desarrollo del proyecto se ven resultados reflejados en otras formas de dar cuidado a los pacientes.

6. RECOMENDACIONES

Extender la capacitación a las otras UCIS y posteriormente a toda la FOSCAL.

Capacitar a los familiares de los pacientes hospitalizados en la UCI, sobre actividades de manejo para la prevención del desacondicionamiento físico que les permita colaborar en el proceso de recuperación.

Afianzar la valoración adecuada de enfermería que permita conocer al paciente y establecer una relación de confianza y de apoyo.

Fomentar el registro de actividades de enfermería que posteriormente permita valorar el impacto de las intervenciones realizadas.

Continuar con eventos educativos concientizando al personal de enfermería sobre la importancia de brindar bienestar a nuestros pacientes con actividades como las propuestas en el proyecto, que no requieren inversiones grandes pero si tienen gran impacto para todos.

Implementar nuevos protocolos y mejorar los ya existentes pues son éstos los que otorgan reconocimiento a las enfermeras y mejoran el cuidado.

Fomentar acciones de enfermería como el posicionamiento en cama, la movilidad pasiva y activa que ocupan solo unos minutos del cuidado y evitan años de recuperación al paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Deen S., Lee C., Curtis R. Acquired neuromuscular Disorders in the intensive Care Unit. Journal AM J Respir Crit Care Med. 2003
2. Rossi, A. Polineuropatia del paciente crítico. Facultad de Medicina. Universidad abierta interamericana. Trabajo de grado para el título de licenciatura en kinesiología y fisioterapia. 2004
3. Bolton C.F., Gilbert J.J., Hahm A.F. Polyneuropathy in critically ill patients. J.Neurol Neurosurg Psychiatry 47: 1223-1231, 1984
4. Olier T. Dosis Ideal De Relajación Neuromuscular: Evitar desacondicionamiento Físico En Niños Críticamente Enfermos. Facultad Medicina. Trabajo de Tesis. Universidad del Rosario. 2009
5. Informe estadístico I semestre del 2011 de la Clínica FOSCAL de Bucaramanga.
6. Vélez, H. Rojas, W. Barrera J. Restrepo, J. Fundamentos de medicina, paciente en estado crítico. 3 ed. Corporación para investigaciones biológicas Medellín Colombia. 2007
7. Marriner, T. et al. Modelos y teorías de enfermería. Editorial Mosby/Doyma. Madrid 1994. Capitulo V. Página 774
8. Ceballos, LM. Et al. Cuidados de enfermería en UCI al paciente con reposo prolongado susceptible de desacondicionamiento cardiovascular. Tesis de

- grado. Monografía. Mayo del 2010. Available from internet:
<http://tesis.udea.edu.co/dspace/bitstream/10495/1354/consulta> agosto 10 2011
9. Cabot, H. Prevención de los trastornos músculo-esqueléticos. Rev. Enfermería 2007 Mayo; 30(5): Pág. 23-28
 10. Ceballos, LM. Et al. Monografía para optar al título de Especialista en Enfermería en Cuidado al Adulto en Estado Crítico de Salud. Universidad De Antioquia Facultad De Enfermería Medellín 2010
 11. Pardo Ruiz J, Pardo JL. Síndrome de desacondicionamiento físico, el paciente crítico y su manejo. Medicina. Available from internet:
<http://www.encolombia.com/medicina/academica/academica-demedicina23155art-sindrome.htm> consulta Julio 15 2011
 12. Ley 1164 2007
www.secretariasenado.gov.co/senado/.../ley/2007/ley_1164_2007.h consulta octubre 25 2011.
 13. Sánchez, I. Adriana artículo del 5 to. Certamen de fisioterapia
http://www.efisioterapia.net/articulos/leer.php?id_texto=482 julio 20 2011.
 14. Hermida, A. Libro Electrónico de Medicina Intensiva, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital del Sureste, Arganda, Madrid. 2008. Disponible en:
<http://intensivos//.uninet.edu>.
 15. Recchia, I. Polineuropatía del paciente crítico. Servicio de Neurología. Hospital Privado de Comunidad. Córdoba 4545. (B7602CBM) Mar del Plata. Argentina. Disponible en: E-mail: Irecchia@hotmail.com

16. La valoración enfermera, guía para la valoración del paciente con trastorno artículo de internet, www.carloshaya.net
17. Urden D. Linda, Lough Mary E, Stacy Kathleen M cuidados intensivos en enfermería vol. 1 y 2, 3 edición Harcourt/Oceano
18. Escala de sedación y agitación de richmond (rass) .Disponible en: www.anestesiaenmexico.org/.../RAM2.2004-Delirio%20en%20UC.
19. Inmovilización. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Inmovilizaci%C3%B3n>
20. Posturas, movimientos y ejes anatomía, consulta septiembre 29- 2011. Disponible en: <http://www.authorstream.com/Presentation/luisacov-82867-posiciones-anat-micas-enfermeria-medicina-anatomicas-enfermer-education-ppt-powerpoint/>
21. Velasco, A. Manual de medicina física y rehabilitación para enfermería. Universidad centroccidental Lisandro Alvarado decanato de medicina programa de enfermería Barquisimeto, septiembre de 1.999.
22. Mondragón Barrera, Alejandra. Efectividad de las modalidades cinéticas y el posicionamiento sobre el desacondicionamiento físico y la capacidad funcional del paciente críticamente enfermo, Universidad CES Universidad Autónoma de Manizales Medellín 2010.
23. Alemán Parra Claudia Marcela, síndrome de desacondicionamiento físico en el paciente crítico intervenciones de, enfermería Bogotá, clínica shaio 1 de junio 2011, Disponible en: www.shaio.org/.../memorias_congreso_enfermeria_

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PERSONAL DE ENFERMERIA

FECHA _____ CODIGO _____

Usted está siendo invitado a participar en el proyecto de gestión denominado CUIDADOS PARA EL BIENESTAR DE LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA DE LA FOSCAL este proyecto tiene como grupo de interés el personal de enfermería de la UCI de la institución y su objetivo es Capacitar al personal Enfermería en el cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL.

Las personas que realizan este proyecto son estudiantes de Especialización en cuidado crítico de la Universidad de la sabana, las cuales son encargadas de su desarrollo , me explicaron cuál va a ser mi participación en el mismo, también se me informó que si acepto o me rehúso a participar en él, no se verán afectados mis actividades como enfermera en la unidad de cuidado intensivo de la institución; y además que si accedo a participar se respetaran mis opiniones y que toda la información que allí se obtenga será manejada únicamente por las enfermeras; en estas actividades de capacitación y obtendré como beneficio propio conocimientos y capacitación sobre el cuidado para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL

Acepto participar voluntariamente en este proyecto

FIRMA DEL PERSONAL DE LA SALUD: _____

NOMBRE DEL PROFESIONAL/AUXILIAR: _____

CC: _____

Nº DEL REGISTRO: _____

ANEXO 2. PROYECTO DE GESTION

CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL

ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

Objetivo: Reconocer el significado que tiene para las enfermeras dar un cuidado a los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la UCI médica de la FOSCAL.

1. ¿Conoce usted que es el síndrome de desacondicionamiento físico? (si la respuesta es positiva exprese sobre qué aspectos conoce.
2. ¿Considera importante su intervención de enfermería para prevenir o tratar el desacondicionamiento físico? ¿Por qué?
3. ¿Qué intervenciones de enfermería ha realizado para prevenir o tratar el desacondicionamiento físico de sus pacientes?
4. ¿Cree que esas intervenciones generan bienestar a sus pacientes? ¿Porque?

ANEXO 3. CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL

CASO CLINICO: 1

La señora R:R , de 51 años se encuentra en la unidad de cuidado intensivo, desde hace 2 días con diagnóstico de insuficiencia respiratoria , secundaria a neumonía basal derecha, paciente con inmunosupresión secundaria a sesión de quimioterapia que recibe por tumor de células T.

Proveniente de piso de hospitalización donde se encontraba desde hace 8 días.

A la valoración de enfermería se encuentra paciente:

Conciente, orientada en las tres esferas, manifiesta sentirse triste, con sensación de abandono por no estar con su familia, moviliza sus extremidades con fuerza de 4/5, está adinámica.

Respira espontáneamente con aumento de trabajo respiratorio, tirajes leves supraclaviculares, saturaciones con máscara de no reinhalacion de 96%, con hipoventilación basal bilateral y tos débil.

Ritmo sinusal frecuencias de 88 por minuto, tensiones arteriales normales 110/60mm Hg, afebril.

Con sonda vesical a cistofló, adecuada diuresis.

Recibe nutrición en poca cantidad, manifiesta deseo de recibir solo líquidos, no ha hecho deposición, con glucometria elevadas levemente (180-200 mgr dl).

Piel delicada, se enrojece fácilmente

Le gusta leer, escuchar radio y ver televisión.

Escala de braden de 12.

CASO CLINICO 2

Paciente A. R de 78 años, quien se encuentra en la unidad de cuidado intensivo, desde hace 30 días, a donde ingresa por una crisis hipertensiva, sangrado intracerebral; permaneció en estado de coma durante 10 días y se ha venido recuperando, se encuentra más estable de su parte hemodinámica, con tensiones arteriales controladas.

Valoración de enfermería:

Paciente consciente, se comunica con gesticulaciones, fuerza del lado derecho de 1/5 e izquierdo de 5/5, se mantiene inmovilizado por riesgo de retiro de dispositivos.

Respirando espontáneamente, respiración toracoabdominal en tienda de traqueostomía, saturaciones adecuadas pero con manejo de abundantes secreciones.

Ritmo sinusal taqui-cardíaco, tensiones arteriales variables sistólicas elevadas, pulsos adecuados.

Recibe nutrición enteral por gastrostomía con adecuada tolerancia aunque ha estado impactado, recibe vía oral comida especial en poca cantidad, es vegetariano y taoísta, tiene glucometria elevadas.

Diuresis por sonda pasada por urología desde su ingreso por estreches y retención urinaria.

Escala de braden de 12, piel que se enrojece fácilmente. Ha tenido pérdida de masa muscular. En ocasiones se torna agresivo, le molesta que no se le atienda rápido, pelea con su familia.

CASO CLINICO: 3

Paciente B. C. DE 76 años, un día de estancia en UCI; ingresa por presentar un proceso infeccioso de origen biliar, se encuentra conectada a ventilación mecánica y con soporte de dopamina para mantener cifras tensionales, requiere sedación.

Valoración de enfermería:

Pupilas isocóricas reactivas, con escala de RASS de - 5, se encuentra inmovilizada.

En ventilación mecánica, acoplada al ventilador, con saturaciones variables, en modalidad de SIIMV más presión asistida.

Ritmo sinusal taquicardia tensiones arteriales dependientes de dopamina a 8 mcg/kg/min con línea arterial radial derecha, y catéter venoso central. Con medias antiembólicas.

Con glucometría variables, se mantiene con insulina e infusión de dextrosa a 2 gramos/hora.

Orina colúrica por sonda vesical.

Abdomen globoso, ruidos intestinales disminuidos, no ha hecho deposición hace varios días.

Edema generalizado, se marca fácilmente, ictericia.

PREGUNTAS PARA LOS CASOS CLINICOS:

¿Creen que esta sea una paciente en riesgo, o con síndrome de desacondicionamiento físico?

¿Que identificaron como necesidades físicas en este paciente?

¿Qué capacidad de movilidad cree que tiene este paciente?

¿Según lo encontrado en el caso, que intervenciones podríamos realizar para prevenir el desacondicionamiento físico? Revise la cartilla.

ANEXO 4. PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMERIA PARA PREVENCIÓN Y MANEJO DEL DESACONDICIONAMIENTO FÍSICO

Definición de la actividad:

Cuidados para el bienestar de los pacientes en riesgo de desacondicionamiento físico en la U.C.I.

Participantes:

Personal de enfermería que labora en las unidades de cuidado intensivo, y usuarios de la U.C.I.

Indicaciones:

Todo paciente que lleve más de 24 horas de reposo en cama.

Contraindicaciones:

- Inestabilidad hemodinámica severa hipotensión (T.A.M. menos de 65 mmhg) , más de 1 agente vasopresor,
- Nuevo infarto de miocardio documentado por EKG o niveles enzimáticos.
- Arritmias requiriendo adición de un nuevo anti arrítmico
- Incremento de PEEP o cambio a asistencia ventilatoria en modo controlado
- Precauciones en cirugías de cadera para movilidad de miembros inferiores
- Precaución en cirugía de cuello y de columna.

Beneficios:

1-Posición:

- Mejora la relación ventilación/perfusión)
- Mejora volúmenes pulmonares
- Reduce el trabajo cardiaco pulmonar
- Previene hipotensión ortostática
- Evitan daños articulares

- Evitan compresiones nerviosas
- Mejora retorno venoso
- Proporciona bienestar al paciente

2-Movilización:

Ejercicios pasivos

- Mantenimiento de la amplitud de la movilidad articular
- Prevención contracturas.
- Mantenimiento integridad de tejidos blandos y elasticidad muscular.
- Incremento circulación venosa.
- Incremento producción liquido sinovial (y nutrición cartílago)
- Disminución dolor.
- Mejora flujo linfático.
- Relajación articular.
- Mejora nutrición muscular.
- Efecto psicológico positivo.
- Mejora conciencia de movimiento y contribuye a conservar esquema corporal.

Ejercicios activos:

Hemodinámicas y metabolismo	<ul style="list-style-type: none">• Aumento flujo sanguíneo, disminución edema.• Aumento riego sanguíneo en músculos (vasodilatación local y vasoconstricción visceral).• Economía del esfuerzo cardiaco.• Mejora de regulación circulatoria.• Aumento gasto cardiaco.• Mejora retorno venoso.• Incremento en la tasas de síntesis de proteínas, induciendo a mayor producción de actina y miosina con potenciación del incremento de la longitud muscular.• Aumento contractilidad miocardio.• Puede tener un efecto antiinflamatorio• Favorece el intercambio tisular.
Neuro muscular	<ul style="list-style-type: none">• Modulación del tono muscular. (pasivo disminuye)• Mejora de la coordinación intra e intermuscular.• Mejoría de la resistencia muscular con mejor aprovechamiento de nutrientes y oxígeno.• Por ley del grosor, donde el grosor del cartílago es proporcional a las fuerzas de compresión que soporta, se tiene efecto en esto por medio de la cinesiterapia.• Proporcionar retroalimentación sensorial.• Desarrolla la coordinación y las destrezas motoras,.• Disminución del dolor.• Mejora flujo linfático.• Relajación articular.• Mejora nutrición muscular.• Efecto psicológico positivo.• Mejora conciencia de movimiento y contribuye a conservar esquema corporal
Musculo esquelético	<ul style="list-style-type: none">• Mantener la elasticidad.• Mejora o recupera movimientos limitados.• Aumento en presión articular.• Conservación de material óseo.• Relajación articular.• Se beneficia por ley de Wolf, donde la tracción ejercida por los músculos en la periferia del hueso estimula las células subperiósticas y predispone el desarrollo del hueso en su grosor, de ahí la atrofia del esqueleto en los territorios paralizados y el efecto benéfico del trabajo muscular

	<p>durante un período de permanencia en cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preserva la función dinámica de las Articulaciones, manteniendo estos tejidos en su longitud normal, y para conservar así las amplitudes. • El incremento de la fuerza de un músculo se obtiene por aumento de la cantidad de sarcómeros. Puede lograrse por alargamiento de las miofibrillas y, por lo tanto, de las fibras que las contienen o por creación de nuevas miofibrillas en el sarcoplasma. • Además aumenta la red capilar muscular. • Mejoran resistencia muscular. • Previene fibrosis.
Pulmonar	<ul style="list-style-type: none"> • Aumenta la ventilación. • Aumenta el trabajo diafragmático.
Psíquicos	<ul style="list-style-type: none"> • Relajación, mejoría estado anímico, menos angustia, menos intranquilidad. • Liberación de endorfinas.

Complicaciones:

Inestabilidad hemodinámica.

Dolor

Recomendaciones:

- iniciar las primeras 24 -48 horas del ingreso del paciente
- iniciar junto con la terapia nutricional
- colocación de medias antiembolicas desde el ingreso
- permitir a todos los pacientes periodos de sueño profundo con el objetivo de regular el ciclo sueño vigilia(evita delirio)
- Inspeccione las áreas con riesgo de úlceras como prominencias óseas y pliegues cutáneos en cada cambio de posición
- Promover el acompañamiento de la familia y animar a la persona a compartir sentimientos y temores con respecto a la restricción de Movimientos
- Control estricto e glicemia
- Prevención e neuropatías por compresión

Normas del procedimiento:

- Lavado de manos antes y después de cada actividad
- Individualizar los cuidados de acuerdo a valoración realizada
- Incluir los ejercicios en actividades como baño ,cambios de posición administración de medicamentos
- Instruir a la familia para la realización de ejercicios durante la visita
- En los horarios de visita mantener el paciente sentado si su estado lo permite
- Verificar siempre el bienestar del paciente
- Movilice pacientes con un compañero o más de acuerdo a necesidad
- Utilice elementos de protección
- Utilice los mitones para evitar retiro de dispositivos

Insumos:

- Cama hospitalaria
- Almohadas
- Cuñas y rollo de espuma de espuma
- Bolsas de 3000 cc con agua llenas con el 50% de su capacidad
- Bolsas de 500 cc de ssn llenas con el 50% de su capacidad
- Sábana de movimiento cobijas sabana general
- Lubricante de piel
- Silla
- Escalerilla de 1 paso
- Mesa puente
- Mitones

ACTIVIDAD	PERSONA RESPONSABLE	DOCUMENTOS NECESARIOS	DESCRIPCION DE ACTIVIDAD
Valoración de enfermería	Enfermera	Historia clínica electrónica y hoja de seguimiento de enfermería	<p>Inicie el proceso de valoración en orden tenga en cuenta siempre en todos los sistemas la respuestas de la persona a la situación de salud la causa de esa respuesta:</p> <p>1-Valoración neurológica</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estado de conciencia • Fuerza muscular • Escala de Glasgow • Establezca grado de independencia (valorando las capacidades y necesidades) • Valoración de escala de sedación de (rass) <p>2-valoracion respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Establezca soporte respiratorio y adaptación al mismo • Establezca

	Auxiliar de enfermería	Historia clínica de enfermería Hoja de control de enfermería	<p>patrón respiratorio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Niveles de oxigenación • Mecanismo de tos • Movimientos respiratorios • Auscultación • Estado de ventilación/perfusión <p>3-Valoración del sistema cardiovascular:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Signos vitales (frecuencia cardíaca, pulsos, tensión arterial, temperatura.) • valoración hemodinámica • Pulsos llenado capilar <p>4- Valoración del sistema urinario</p> <p>5- Valoración del sistema gastrointestinal, (vigilar tránsito intestinal)</p> <p>6-Valoración del sistema</p>
--	------------------------	---	--

			<p>tegumentario</p> <p>Escala de braden</p> <p>Estado de masa muscular</p> <p>7- Valoración Metabólica y endocrina (glucometria)</p> <p>8- respuesta psicológica</p> <p>Control horario de monitoria, informar cambios</p> <p>Valoración de piel en cada cambio de posición</p>
<p>Establezca riesgo o presencia de síndrome descondicionamiento físico</p>	<p>Enfermera</p>	<p>Historia clínica electrónica</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Identifique factores de riesgo: <ul style="list-style-type: none"> •Corticoides •Bloqueantes <p>Neuromusculares</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amino glucósidos • Alimentación Parenteral • Hiperglucemia • Gravedad del Paciente • Soporte Vasopresor • Hipoalbuminemia <ul style="list-style-type: none"> • Establezca las

			<p>manifestaciones clínicas :</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Neuropatías ▪ Alteración sensorial ▪ Alteración del patrón del sueño ▪ Tendencia a la depresión ▪ Pérdida de memoria ▪ Atrofia muscular ▪ Debilidad muscular ▪ Resistencia a la insulina ▪ Fibrosis y anquilosis articular ▪ Estreñimiento y anorexia ▪ Aumento de diuresis ▪ Litiasis renal ▪ Infecciones urinarias ▪ Intolerancia a
	Auxiliar de enfermería		

			<p>la glucosa</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Aumento de excreción de nitrógeno calcio y fosforo▪ Aumento de la frecuencia cardiaca en reposos▪ Disminución de volumen de eyección▪ Hipotensión ortostática▪ Atrofia de musculo cardiaco▪ Flebotrombosis▪ Disminución de la ventilación▪ Alteración de patrón respiratorio▪ Cambios de oxigenación▪ Alteración de
--	--	--	--

			<p>mecanismo de tos</p> <p>Informe si encuentra estas manifestaciones en el paciente</p>
Garantice posición funcional en cama	enfermera /auxiliar de enfermería		<p>Posiciones anatómicas y ángulos adecuados para cada articulación:</p> <p>Hombros: Abducción 45 grados</p> <p>Codos: 75 grados de flexión</p> <p>Puños: 35 grados de extensión</p> <p>Pulgar: Abducción</p> <p>Caderas: Neutras</p> <p>Rodillas en extensión</p> <p>Cuello de pie: Neutro ángulo de 90 grados</p> <p>Decúbito dorsal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenga alineación del cuerpo • Coloque almohada para sostener la cabeza • Mantenga cabecera

			<p>a 35°</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acojine la región sacra con bolsa de agua (3000)llena el 50% 1 o 2 dependiendo de la contextura del paciente • Tengan en cuenta recomendaciones generales • Coloque almohada a nivel de la rodilla que le den ligera flexión • Coloque los pies en ángulo recto debajo de talones bolsa de 500 (suero llena el 50%) sostenga los pies con rollo o cuña de espuma que cubra el 70% del pie para que sea apoyo(mejora la Propiocepción) <p>Decúbito lateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabeza apoyada sobre la almohada • brazo inferior
--	--	--	---

			<p>flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza con mitón en la mano/o brazo estirado paralelo al cuerpo con os ángulos recomendados mano en supino</p> <ul style="list-style-type: none"> • El brazo superior está flexionado y apoyado sobre el cuerpo, la cama o una almohada • Coloque bolsa de agua a nivel de trocánter • La pierna inferior se halla con la rodilla ligeramente doblada • la pierna superior, flexionada a la altura de la cadera y de la rodilla apoyada sobre una almohada • Los pies se sitúan en ángulo recto para evitar la flexión plantar, sobre bolsa
--	--	--	---

			<p>de agua de 500</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo • Vigilar las zonas de las orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maléolos. <p>Posición prona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mantenga alineación • Descanse la cara sobre guante inflado uno en el mentón y otro en la frente • Coloque bolsa de 3000(ocupada 50%) en tórax encima de las mamas • Coloque almohada debajo de las piernas (relaja musculo) • Suba los brazos descanse las manos sobre la almohada • Vigilar los dedos de
--	--	--	--

			<p>los pies, rodillas, genitales en el varón y mamas en la mujer, mejillas y oídos.</p> <p>Posición semiprona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La cabeza igualmente sobre guantes verifique que quede libre pabellón auricular y el ojo • El paciente está en posición de decúbito lateral • el brazo del lateral en que se encuentre extendido detrás de la espalda • el otro brazo flexionado junto a la cabeza • a nivel de abdomen coloque almohada de bajo de las mamas • la pierna del decúbito apoyado extendida y
--	--	--	--

			<p>ligeramente flexionado</p> <ul style="list-style-type: none"> • la contraria flexionada sobre una almohada • <p>Posición sentada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar en esta posición 2 veces al día por 2 horas a todos los paciente o más si su condición lo permite • Colocar una almohada para sostener la cabeza o herradura • Los brazos hacia adelante sobre mesa puente o sobre regazo encima de una almohada • Espalda recostada sobre la cama en ángulo de 90° con la cadera • Piernas estiradas sobre la cama • Verifique conexiones
--	--	--	--

			<p>,circuito de ventilador sostenido por atril</p> <p>Posición del fowler o semi-fowler</p> <ul style="list-style-type: none"> • cabecera de la cama esta elevada hasta formar un ángulo de 45° • rodillas flexionadas • pies descansando sobre el plano horizontal de la cama • colocar almohadas en el cuello, cintura, muslos y tobillos • colocar almohadas en rodilla para mantener flexión de rodillas apoyando los pies en cama(fowler)
<p>Cambios posturales cada 2 horas en el día en la noche se permitirá descanso desde las 24 horas hasta las 4 horas</p>	<p>Enfermera/auxiliar de enfermería</p>	<p>Historia clínica electrónica para registro de actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Defina según valoración(escala de braden, calidad de la piel) cada cuanto requiere los cambios de posición su

			<p>paciente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realice el cambio con otro compañero • Informe al usuario que le va a realizar, si está despierto explique la importancia del cambio de posición. • Permítale expresar su opinión y necesidad. • Tenga en cuenta las posiciones descritas anteriormente • Utilice la sabana de movimiento para los desplazamientos requeridos para ubicar el paciente en cada una de las posiciones • Lubrique la piel (todo el cuerpo) y de masaje primero sobre al lado que va a quedar. • Lubrique el lado libre • Verifique que los
--	--	--	--

			<p>cables de conexión y equipos ,extensiones llaves de tres vías quedan libres conectados y funcionando</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verifique que las bolsas de agua queden solo protegiendo las prominencias Oseas • Verifique la alineación y posición de articulaciones y extremidades • El paciente siempre debe quedar en el centro de la cama para evitar roces con las barandas • Pregunte al final si quedo cómodo <p>Precauciones para colocar el paciente decúbito lateral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar que el enfermo no se encuentra muy cerca del borde de la cama
--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">• moverlo hacia el centro con la sabana de movimiento entre dos personas o mas según el peso del paciente.• Situarse en el lado de la cama hacia el que se quiere girar al enfermo• Colocar un pie delante del otro• Colocar un pie delante del otro. Situar el brazo del paciente que se encuentre más cerca lo más próximo a ti que puedas y fuera de su cuerpo• flexionar el otro brazo del paciente sobre su tórax y colocar la pierna más alejada sobre la más cercana• Tensar nuestros músculos glúteos y abdominales y
--	--	--	--

			<p>flexionar las rodillas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar una mano sobre el hombro más alejado y la otra sobre la cadera más alejada. • Girar al paciente Hacia nosotros balanceándonos hacia atrás y cambiando el peso hacia el pie. • Precaución: Colocar una almohada bajo la cabeza y cuello <p>Para colocar el paciente en prono o semiprona:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocar cama en posición horizontal, asegurándose de que esté frenada • desplazar el paciente hacia el lado contrario a donde se va a voltear. • Adosar el brazo al cuerpo del mismo lado y girarlo teniendo cuidado
--	--	--	--

			<p>con las conexiones</p> <ul style="list-style-type: none"> • Girar el paciente tomándolo de cabeza (1 persona), tronco y cadera (2 persona) • Déjelo caer sobre las almohadas del abdomen y tórax previamente colocadas • Verifique la posición con las recomendaciones descritas anteriormente
<p>Realice ejercicios pasivos a pacientes sedados o en coma ,que tengan estabilidad hemodinámica (no más de 1 inotrópico) Durante el baño ,y cambios de posición, en orden cefalocaudal Repeticiones de 5 veces cada</p>	<p>Enfermera/auxiliar de enfermería</p>	<p>Historia clínica electrónica registre la actividad y la respuesta del paciente a la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gírele la cabeza hacia la derecha hasta que no pueda más. Cuente hasta ocho. Gire al otro lado. Repita ambos movimientos 3 Veces • Gírele la cabeza hacia la derecha

ejercicio			<p>hasta que no pueda más. Cuente hasta ocho. Gire al otro lado. Repita ambos movimientos 3 Veces</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estire el cuello. Ponga "papada", mueva la coronilla hacia el techo, mantenga recta la cabeza y mire hacia abajo. Repita 3 veces el ejercicio • Flexión de hombro Elevar el brazo entero con el codo estirado por encima de la cabeza sostenga con una mano el codo la otra sostenga la mano • Extensión de codo. Doblar y estirar el codo, preferiblemente con la mano abierta al extender y con la mano cerrada al
-----------	--	--	--

			<p>flexionar sostenga codo con una mano y la otra sostiene la mano</p> <ul style="list-style-type: none">• Con el codo doblado y el brazo apoyado sobre la cama, llevar la mano y el antebrazo hacia delante y hacia atrás.(rotación interna y externa del hombro• Abrir y cerrar la mano, insistiendo en estirar y doblar todo los dedos(flexión y extensión de los dedos)• Durante el baño de las manos retire los mitones mientras jabona separe los dedos repeticiones de cada uno• Llevas la rodilla hasta el pecho al mismo tiempo que acercarnos el talón
--	--	--	---

			<p>hacia el glúteo, intentando llevar la punta de pie hacia arriba.(flexión de cadera y rodilla)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evitar que la rodilla vaya hacia dentro o hacia fuera • Siempre sostenga rodilla y talón. • Manteniendo una pierna fija, llevar la otra hacia fuera, con la rodilla estirada. Luego traerla hacia dentro y haciendo el recorrido inverso.(abducción de cadera con rotación neutral) • No levantar mucho la pierna de la cama, lo justo para que se deslice. • La rodilla opuesta la puede tener doblada para hacer este ejercicio • Con la rodilla
--	--	--	--

			<p>estirada, llevar la punta del pie hacia la espinilla, sin mover el talón que esta apoyada en la cama.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Combinar también una pequeña fuerza para llevar el pie hacia fuera • coloque el talón del pie en la palma de su mano y presione su antebrazo contra el fondo de los pies y tire el talón hacia arriba(movimientos del tobillo y pie)
<p>Realice ejercicios activos a pacientes concientes , que tienen capacidad y asístalos para completar el movimiento si hay limitación para realizarlo (pacientes pareticos) ,realice repeticiones de 5 veces cada ejercicio</p>	<p>Enfermera/auxiliar de enfermería</p>	<p>Historia electrónica para registro de actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> • establezca una relación de confianza, con el paciente conozca sus necesidades • enseñe al paciente la serie de ejercicios y estimúlelo a realizarlos. <p>cuello</p> <ul style="list-style-type: none"> • Flexione la cabeza

			<p>hasta que el mentón contacte con el pecho.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extienda la cabeza al máximo • Gire la cabeza hacia ambos lados procurando que la barbilla contacte con el hombro correspondiente. • Flexione lateralmente la cabeza hacia ambos lados, intentando tocar el hombro con la oreja correspondiente. • Gire la cabeza en el sentido de las agujas del reloj, con lentitud para impedir posibles mareos <p>Hombros</p> <ul style="list-style-type: none"> • Levante los hombros, rectos, hacia las orejas. Cuente hasta 8 y relájelos
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none"> • Mueva los hombros hacia adelante y atrás haciéndolos girar con los codos pegados al cuerpo • Acostado sobre la espalda y con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo • Separar del cuerpo lentamente el miembro superior, totalmente extendido, lo máximo que sea posible, y volver a la posición inicial. <p>Mano</p> <ul style="list-style-type: none"> • Descansar los antebrazos sobre la cama. Gire las manos, poniendo alternativamente las palmas y los dorsos • Coloque los brazos con los puños cerrados. Extienda los dedos sobre la mesa y vuelva a
--	--	--	---

			<p>cerrar los puños lentamente</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ponga las manos abiertas con el dorso hacia abajo en la cama o piernas. Doble los dedos hacia arriba y vuélvalas a extender lentamente • Extienda la mano con el dorso contra la cama. Toque el meñique con el pulgar, luego el dedo anular, el corazón y el índice. Hay que doblar todos los dedos, no sólo acercar el pulgar. <p>Muñeca</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con la mano cerrada (haciendo puño) abierta o semicerrada realizar movimientos con la muñeca hacia arriba y hacia abajo alternativamente
--	--	--	---

			<ul style="list-style-type: none">• Con la mano abierta y dedos extendidos, realizar movimientos con la muñeca que obliguen a dirigir la mano hacia fuera y hacia dentro, del cuerpo• Con la mano semicerrada hacer movimientos de rotación alrededor de la muñeca como si se tratara de abrir o cerrar con la llave de una cerradura de una puerta de las antiguas.• Flexión y extensión rápida de los dedos• Enrollar y desenrollar una venda o toalla• Sostener una hoja de papel con el pulgar y alternativamente con el resto de los dedos• Presionar la pelota, deslizarla y
--	--	--	---

			<p>agarrarla.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dejar que el paciente se peina, trate de comer y cepillarse los dientes <p>Rodilla:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Boca arriba sobre la cama y doble o extienda la rodilla deslizando el talón sobre la superficie. Intente flexionar la rodilla hasta donde pueda. Puede usted también hacer los ejercicios indicados sin estirar el muslo del todo • Acostado con la rodilla ligeramente flexionada sobre una toalla enrollada. La toalla no debe quedar justo debajo de la parte cóncava de la rodilla, sino algo más arriba. Levante la pierna, no el muslo,
--	--	--	---

			<p>extendiendo la rodilla. La rodilla pasa, pues, de estar ligeramente flexionada a estar recta</p> <ul style="list-style-type: none">• Sentado, con las piernas colgando al borde de la cama o de una mesa. Extienda la rodilla lo máximo posible sin levantar el muslo. Luego flexione la rodilla lo máximo posible.• Con las rodillas flexionadas que cierre y las abra al igual que las levante.• En supino con las piernas flexionadas colocar una pierna sobre la otra e intercalar.• Mueva el pie hacia adentro y afuera, flexionando y extendiendo el cuello
--	--	--	---

			del pie.
<p>Traslade el paciente que este consciente a silla diariamente por periodos de dos horas o más dependiendo de su estado clínico y neurológico , tenga en cuenta sus capacidades y necesidades.</p>	<p>Enfermera/auxiliar. De enfermería</p>	<p>Historia clínica para registro de actividad junto con duración de la misma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar procedimiento al paciente, animándole y exaltando sus capacidades y los beneficios de estar en la silla. • Incorporar al paciente aplicando el procedimiento de entrecruzamiento de brazos. Girar las piernas del paciente hacia nosotros, dejándolas caer por el borde de la cama. • Meter la mano que nos queda libre por debajo de la axila • Doblar nuestras rodillas para tener la fuerza necesaria para levantar de

			<p>forma suave al enfermo.</p> <ul style="list-style-type: none">• mientras nosotros realizamos el movimiento, el paciente se apoyará en nuestro hombro.• El compañero acerca la silla y lo recibe para ayudarlo, cogiéndolo de la parte lumbar para bajar a la silla• Verifique alineación de espalda los pies deben quedar sobre superficie firme para dar estabilidad y los brazos sobre almohada o mesa• Si el paciente tiene capacidad de movilidad estimule sus movimientos para el traslado solo realice acompañamiento.
--	--	--	--

<p>Ejercicios respiratorios aplíquelos a paciente que ha encontrado con debilidad de músculos del tórax y tienen dificultad respiratoria secundaria; están conscientes y colaboran.</p>			<ul style="list-style-type: none"> • Estimule su participación en la actividad explicando su beneficio • Siéntelo en una silla sin brazos que quede sentado con la recomendaciones espalda recta rodillas flexionadas pies apoyados en el piso o escalerilla de 1 paso • Coloque una mano en la cintura y la otra estirada por encima de la cabeza. Inspire profundamente. • Flexione lateralmente el cuerpo lo máximo que pueda espirando lenta y profundamente. Repetir de 15 a 20 veces(intercambiand o la inclinación) del mismo lado

			<ul style="list-style-type: none"> • Acostado con las rodillas dobladas • Apriete los músculos de la espalda contra la cama. Levante las nalgas del suelo, pero sin abombar la espalda • Cuente hasta 5 y siga con normalidad. • Vuelva despacio a la postura de partida. Repita este ejercicio 10 veces. • Colocar las manos sobre la cabeza o por encima mientras el baño para estimular músculos respiratorios al igual que en decúbito lateral
REALIZADO. OLGA L. AMAYA ELIZABETH NIÑO VILMA ANGEL	NOVIEMBRE DEL 2011	REVISADO : GRUPO DE ENFERMER IA U C I MEDICA DE LA FOSCAL	APROBADO

ANEXO 5. LISTA DE CHEQUEO DE ENFERMERIA PARA PREVENCION Y MANEJO DEL DESACONDICIONAMIENTO FISICO

N°	INDICADORES	1°			2°			OBSERVACIONES
		CUMPLE		NA	CUMPLE		NA	
		Si	No		Si	No		
1	Realiza lavado de manos antes y después de cada actividad.							
2	Moviliza pacientes con un compañero o más de acuerdo a la necesidad.							
3	Valora estado de conciencia. escala de Glasgow, grado de independencia escala Rass, escala de braden							
4	realiza examen físico ,valoración hemodinámica e individualiza el cuidado							
5	Realiza la valoración de piel en cada cambio de posición y la lubrica							
6	Garantiza posición funcional en cama. Hombros: Abducción 45 grados, Codos: 75 grados de flexión Puños: 35 grados de extensión, Pulgar: Abducción, Caderas: Neutras Rodillas en extensión Cuello de pie: Neutro ángulo de 90 grados							
7	Posiciona correctamente el paciente en decúbito lateral, prono, semiprona, supino, fowler, semifowler y sentado según indicación							

8	Verifica que las bolsas de agua queden solo protegiendo las prominencias Oseas							
9	Informa al usuario que lo va a movilizar, explicando la importancia del cambio de posición							
10	Realiza ejercicios pasivos a pacientes sedados o en coma ,que tengan estabilidad hemodinámica, en orden cefalocaudal, repeticiones de 5 veces							
11	Realiza ejercicios activos a pacientes consientes , que tienen capacidad y asiste para completar el movimiento si hay limitación para realizarlo completo si requiere repeticiones 5 veces							
12	Verifica que los cables y conexiones queden libres y funcionando							
13	Realiza cambios de posición cada 2 horas según necesidad ,permitiendo el descanso en la noche							
ANÁLISIS DEL EVALUADOR -								

FIRMA DEL EVALUADOR:

ANEXO 8. CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL

ENCUESTA DE SATISFACCION

Objetivo: Conocer su opinión acerca del acompañamiento y retroalimentación dado por el grupo a cargo del proyecto en las actividades de cuidado al paciente en riesgo de descondicionamiento físico realizadas por usted.

Gracias por participar, sus respuestas ayudaran a implementar iniciativas de mejoramiento para el desarrollo de próximos proyectos de gestión para enfermería.

1. ¿El grupo de apoyo a cargo del proyecto estuvo disponible para usted en el momento en que usted lo requirió?

Si_____

No_____

2. ¿El grupo a cargo del proyecto de gestión le ofreció un acompañamiento y retroalimentación apropiados a sus necesidades?

Si_____

No_____

¿Como fue ese acompañamiento?

3. ¿Considera importante la realización de otros proyectos de gestión enfocados al grupo de enfermería?

Si_____

No_____

¿Por qué?

ANEXO 9. CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA UCI MÉDICA FOSCAL

EVALUACION DE CONOCIMIENTOS

OBJETIVO

Identificar los conocimientos adquiridos por el personal de enfermería de la UCI medica sobre el síndrome de desacondicionamiento físico, su prevención y manejo.

INSTRUCCIONES

Para la realización este cuestionario cuenta con un tiempo de 15 minutos, los cuales comienzan a contar a partir de la entrega de este formato.

Encontrará preguntas de selección múltiple, la cual deberá analizar y marcar encerrando en un círculo la letra que crea que contiene la respuesta correcta. Solo hay una respuesta correcta.

1. ¿Qué es el síndrome de desacondicionamiento físico?

- a) El resultante de la no realización de ejercicio.
- b) síndrome de deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada.
- c) síndrome caracterizado por adaptación del organismo a la enfermedad.

2. Algunas de las consecuencias del síndrome de desacondicionamiento físico son.

- a) limitación marcada de la motilidad
- b) pérdida del esquema corporal y de los esquemas motores
- c) trastornos de equilibrio, atrofia muscular

d) contracturas musculares, retracciones tendinosas

e) Todas las anteriores

3.Cuál de los siguientes ítems es verdadero.

a) La movilización en forma precoz durante la estancia en la UCI es insegura y poco factible

b) La movilización temprana hace posible la reducción de daños físicos a corto plazo

c) la movilidad temprana requiere un cambio significativo en las prácticas de cuidados dentro de la UCI, con modificaciones en los protocolos de sedación y reposo en cama.

d) b y c son verdaderas.

4. Al iniciar un programa de prevención y manejo del desacondicionamiento físico se debe tener en cuenta:

a) valoración física inicial, y valoración del estado de conciencia o de sedación.

b) valoración del estado de conciencia o de sedación, valorar escala de braden

c) valoración física y de signos vitales, valoración del estado de conciencia o de sedación, valoración de la escala de braden, valoración del grado de fuerza muscular.

d) a y b son verdaderas.

5. Otros aspectos a tener en cuenta un programa de prevención y manejo del desacondicionamiento físico son:

a) control de glicemias, prevención de trombosis venosa profunda.

b) usar relajantes musculares.

c) movilización y cambios posturales frecuentes, prevención de escaras, prevención de neuropatías por compresión.

d) a y c son verdaderas.

e) todas son verdaderas.

6. Algunas recomendaciones a tener en cuenta durante los ejercicios de rehabilitación física son:

a) Mantener la cama a una altura cómoda para usted, para evitar lesiones de espalda.

b) hacer los ejercicios con suavidad sin forzar ni estirar demasiado los músculos del paciente.

c) continuar el ejercicio aun si el paciente presenta dolor.

d) hacer los ejercicios parte de la rutina diaria de su paciente si no hay ninguna contraindicación.

e) a b y d son verdaderas.

7. Las movilizaciones pasivas consisten en:

a) serie de ejercicios que ejecuta el operador de manera desorganizada.

b) son aquellas movilizaciones que se ejecutan en el paciente, sin la intervención del mismo.

c) el paciente realiza el movimiento con la ayuda del personal de enfermería de la Uci.

8. Algunas indicaciones a tener en cuenta para hacer los ejercicios pasivos en el arco de movimiento son:

a) Haga los ejercicios en el mismo orden para que sean simples y fáciles de recordar, en forma cefalocaudal.

- b) Mientras usted le hace los ejercicios a la persona, mantenga los músculos de su abdomen tensos y coloque sus caderas en línea recta con sus hombros.
- c) Deje a la persona en una posición cómoda después de terminar cada ejercicio, lave sus manos antes y después de hacerle los ejercicios a la persona.
- e) todas son verdaderas.

9. Algunas recomendaciones durante un programa de rehabilitación son:

- a) el paciente debe estar hemodinámicamente estable.
- b) la frecuencia cardiaca no debe subir por encima del 20% de la inicial.
- c) Monitorizar permanentemente al paciente y ante cualquier molestia suspender la actividad física.
- e) ninguna es verdadera.

**ANEXO 10.EVALUACION DEL TALLER CUIDADO PARA EL BIENESTAR DEL
LOS PACIENTES CON RIESGO DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN LA
UCI MÉDICA FOSCAL**

Objetivo: Conocer su opinión acerca del desarrollo del taller con el fin de mejorar nuestras metodología.

1. ¿Cual es su opinión general acerca del taller?

a. excelente

b. bueno

c. regular.

d. malo

2. ¿Cuáles fueron en su opinión los puntos débiles?

3. ¿Qué le agrado más del taller?

4. ¿El taller fue útil para obtener nuevos conocimientos o conceptos útiles para su ejercicio profesional?

5. ¿Qué cambios sugeriría para futuros talleres?

Gracias por su colaboración