EE Escuela de Enfermería | FCM

FCM Facultad de Ciencias Médicas

UNC Universidad Nacional de Córdoba

ESPECIALIZACION EN ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO

IMPLICANCIAS DEL SINDROME DE DESUSO EN EL PACIENTE CRÍTICO

Especializando
Lic. José Luis Gallardo
Docentes
Dra. Cristina COMETTO
Dra. Patricia GOMEZ

Julio 2016

EL VALOR DE LAS COSAS NO ESTA EN EL TIEMPO QUE DURE,

SINO EN LA INTENSIDAD CON QUE SUCEDEN…

POR ESO EXISTEN MOMENTOS INOLVIDABLES,

COSAS INEXPLICABLES Y PERSONAS INCOMPARABLES…

AGRADECIMIENTOS

A las docentes Dra. María Cristina Cometto

Dra. Patricia Gómez

A mis colegas y amigos del grupo Federal

A mis colegas del Nuevo Hospital Río cuarto San Antonio de Padua

A mi familia…

…En especial a mi Madre.

INDICE

INDICE 4
INTRODUCCION 6
INTRODUCCION 7
DESARROLLO 8
DESARROLLO 9
UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS 9
Objetivo De Una UCI 9
Definición De Los Pacientes De Cuidados Intensivos 9
Definición De Los Niveles De Atención (NA) 9
SÍNDROME DE DESUSO 10
Fisiopatológicos: 11
Iatrogénicos: 11
Situacionales: 11
De maduración: 11
TIPOLOGÍA DE LOS PATRONES FUNCIONALES 13
Patrón 1: Percepción De La Salud 13
Patrón 2: Nutricional Metabólico 13
Patrón 3: Eliminación 13
Patrón 4: Actividad – Ejercicio 13
Patrón 5: Sueño – Descanso 13
Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo 14
Patrón 7: Autopercepción – Autocuidado 14
Patrón 8: Rol – Relación 14
Patrón 9: Sexualidad – Reproducción 14
Patrón 10: Tolerancia al Stress 14
Patrón 11: Valores – Creencias 14
DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES 15
Función De Circulación Y Oxigenación 15

Función De Nutrición 16
Función De Eliminación 16
Función De Protección 17
Función Neurológica 18
Función De Actividad Y Descanso 19
Modo Psicosocial 20
ALTO RIESGO DE SÍNDROME POR DESUSO 21
PLAN DE CUIDADOS 21
Plan De Cuidados Al Paciente En Situación De Reposo Prolongado 21
Objetivos Generales: 21
Plan de Cuidados 23
PREVENCIÓN 26
Prevención Primaria 26
Prevención Secundaria 26
Prevención Terciaria 26
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES 28
CONCLUSION Y RECOMENDACIONES 29
BIBLIOGRAFÍA 31
BIBLIOGRAFÍA 32

INTRODUCCION

INTRODUCCION

El presente trabajo descriptivo y bibliográfico forma parte del requisito para acceder al título de Especialista En Enfermería En La Atención Del Paciente Crítico.

Surge de la necesidad de estandarizar los cuidados básicos que se les deben aplicar a los enfermos con inactividad musculoesquelética, partiendo de la definición de la categoría diagnóstica *alto riesgo de síndrome de desuso*.

En la UCI, la gran mayoría de los enfermos se encuentran en esta situación, ya sea por alguna circunstancia patológica como: traumatismo cráneo-encefálico, síndrome de Guillain Barré, lesiones medulares, etcétera; o por una medida terapéutica, como los estados de coma inducidos farmacológicamente.

Es obvio que el enfermo no puede mantener el funcionamiento de sus sistemas, por lo que ha de ser el profesional de enfermería, en su papel de suplencia, quien consiga que mientras dura la situación, los sistemas del individuo mantengan el funcionamiento más próximo al habitual posible.

Expresar la participación en las actividades que se realicen, así como sus sentimientos en lo que respecta a su estado y los efectos que éste les produce. Demostrar conocimientos y habilidades en el cuidado enfermero, manteniendo la integridad de la piel y las mucosas. Se realiza para este trabajo una revisión bibliográfica exhaustiva y se expresan los cuidados básicos que deben aplicársele a los enfermos con inactividad músculo-esquelética (síndrome de desuso).[1]

En este trabajo, se realiza una amplia revisión bibliográfica relacionada con el síndrome de desuso, por la trascendencia y los efectos que tiene la misma en los pacientes críticos.

Es de destacar que en la revisión minuciosa que se realizó se encontraron diferentes formas de describir este estado como por ejemplo; síndrome de la persona rígida[2], síndrome de reposo prolongado[3], síndrome de inmovilidad[4] [5] [6] Pero el autor considera que la denominación de síndrome por desuso es la más adecuada debido a que la inmovilidad a la que es expuesto el paciente crítico lo lleva a que se produzca un desequilibrio en todos los aparatos y sistemas.

El Objetivo General que se persigue es el de: Brindar cuidado integral al paciente a través del proceso de atención de enfermería que le permita recuperar el estado de bienestar o imitar los efectos fisiológicos de su enfermedad.

Los modelos y teorías de la Enfermería pretenden describir, establecer y examinar los fenómenos que conforman la práctica de la profesión.

Este trabajo se enmarca dentro de la Teoría de Marjory Gordon quien crea un método que permite reunir los datos necesarios contemplando al paciente, a su familia y a su entorno de una manera global y holística a través de 11 Patrones Funcionales de Salud, que conducen de manera lógica al Diagnóstico de Enfermería[7] [8].

DESARROLLO

DESARROLLO

UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS

Son las unidades de hospitalización individualizadas, dedicadas a la atención de pacientes graves, cuyas funciones vitales están real o potencialmente deterioradas y que para mantenerlos con vida precisan de un tratamiento específico y/o un soporte mecánico

Entendemos por **paciente crítico** aquel cuya supervivencia está en peligro o podría llegar a estarlo, debido a un proceso patológico sobre su estado de salud y para cuyo tratamiento se precisa de un nivel asistencial mayor al proporcionado en una unidad de hospitalización convencional[9 10].

Objetivo De Una UCI.

La UCI es un servicio independiente que funciona como unidad cerrada bajo la responsabilidad médica de su personal, en contacto estrecho con los especialistas que derivan a los pacientes. Las características del equipo de salud, el equipamiento técnico, la arquitectura y el funcionamiento deben estar definidos claramente. Las normas escritas interdisciplinarias sobre el proceso de trabajo, las competencias, los estándares médicos y los mecanismos para la toma de decisiones son útiles para deslindar las competencias y estandarizar el proceso de trabajo [9 10].

Definición De Los Pacientes De Cuidados Intensivos

Dos tipos de pacientes se beneficiarán con su internación en la UCI:

1. Los pacientes que necesitan monitorización y tratamiento porque una o más funciones vitales están amenazadas por una enfermedad aguda (o por una enfermedad aguda sobre una crónica) (sepsis, infarto de miocardio, hemorragia gastrointestinal) o por las secuelas del tratamiento quirúrgico u otro tratamiento intensivo (intervenciones percutáneas) que llevan a trastornos potencialmente mortales.

2. Los pacientes que ya padecen insuficiencia de una o más funciones vitales, como la función cardiovascular, respiratoria, renal, metabólica, o cerebral, pero con la posibilidad de recuperación funcional[9 10].

Definición De Los Niveles De Atención (NA)

Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002 propone tres niveles: I, II, III.

Nivel De Atención III (el más alto). Es para pacientes con insuficiencia multiorgánica (dos o más órganos) de carácter potencialmente mortal inmediato. Estos pacientes dependen de apoyo farmacológico y de dispositivos, tales como apoyo hemodinámico, asistencia respiratoria, o tratamiento de reemplazo renal.

Nivel De Atención II. Es para pacientes que necesitan monitorización y apoyo farmacológico y/o de dispositivos, para la insuficiencia de un solo sistema orgánico de carácter potencialmente mortal.

Nivel De Atención I (el más bajo). Los pacientes tienen signos de disfunción orgánica que exigen control continuo y mínimo apoyo farmacológico o con dispositivos. Estos pacientes están en riesgo de sufrir una o más insuficiencias orgánicas agudas. Se incluyen también los pacientes que se están recuperando de una o más insuficiencias orgánicas, pero que están muy inestables.

Para estos diferentes NA, se consideran apropiadas las siguientes proporciones enfermera/paciente: nivel III 1/1; nivel II 1/2 nivel I 1/3[11].

El personal de enfermería que desempeña su trabajo en las UCI, deberá tener una preparación en conocimientos, habilidades y actitudes especiales y específicas para la atención de pacientes críticos.

SÍNDROME DE DESUSO

El síndrome de desuso es el estado en el que un individuo se halla con riesgo de deterioro de los sistemas corporales como resultado de la inactividad musculoesquelética prescrita o inevitable.

El Síndrome de desuso son manifestaciones de deterioro fisiológico global resultante de la actividad reducida y del desacondicionamiento físico que afecta la capacidad para moverse en forma independiente[12].

Factores Que Llevan A Una Inmovilidad Prolongada

- Fisiopatológicos
- Iatrogénicos
- Situacionales
- De Maduración

Fisiopatológicos:

Problemas de salud relacionados con alteraciones de las funciones cognitivas y del estado mental como trastornos neuromusculares, osteomusculares, cardiovasculares, respiratorios y en personas que sufren enfermedades terminales.

Ejemplos:

Parkinson

Lesiones medulares

Enfermedad cerebrovascular

Parálisis cerebral

Artritis reumatoidea

Cáncer

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)

Insuficiencia Cardiaca Congestiva (ICC)

Iatrogénicos:

Son problemas asociados con el tratamiento médico y la hospitalización prolongada.

Ejemplos:

Cirugías

Catéteres vasculares

Ventilación mecánica

Lesiones que por sus características requieran un reposo prolongado en cama.

Situacionales:

- Tienen relación con trastornos emocionales como la depresión y con síntomas que traen como consecuencia el dolor, la astenia, la adinamia y la debilidad.

De maduración:

- Puede presentarse especialmente en ancianos sedentarios y se relaciona con cambios asociados al proceso de envejecimiento como la disminución en la función de órganos de los sentidos, osteoporosis, atrofia muscular, osteoartritis.

Sistemas Corporales Y Psicosociales	Efectos Adversos De La Inmovilidad
Cardiaco	Disminución del rendimiento miocárdico. Disminución de la frecuencia cardiaca.
Circulatorio	Trombosis venosa. Retorno venoso disminuido. Edema dependiente.
Respiratorio	Estasis de secreciones. Respiraciones lentas y superficiales.
Musculo Esquelético	Atrofia muscular. Acortamiento de la fibra muscular (contractura). Disminución de la fuerza y tono muscular. Osteoporosis. Degeneración articular.
Endocrino	Anorexia. Hipercalcemia. Obesidad.
Gastrointestinal	Estreñimiento.
Genitourinario	Estasis urinario. Cálculos urinarios. Retención urinaria.
Piel	Disminución de la circulación capilar.
Neurosensorial	Lesión nerviosa (presión y bajo aporte sanguíneo)
Psicológicos	Tensión emocional. Cambio negativo en el concepto de si mismo. Temor, indefensión. Enfado.
Aprendizaje	Disminución de la motivación, de la capacidad de relación, atención y transmisión de un mensaje.
Relación Social	Cambio en los roles. Aislamiento social.

Actualizado octubre 2010. Copyright: Unidad Planes de Cuidados Hospital General Universitario de Alicante

TIPOLOGÍA DE LOS PATRONES FUNCIONALES

El sistema de valoración diseñado por Marjory Gordon en los años 70 permite la realización de una valoración enfermera eficaz, por lo que constituye una herramienta útil para la valoración con cualquier modelo disciplinar enfermero [7 8].

Marjory Gordon define 11 patrones de actuación relevantes para la salud de las personas, las familias y las comunidades. Se trata de configuraciones de comportamientos que contribuyen a su salud, calidad de vida y al logro de su potencial humano.

Patrón 1: Percepción De La Salud

Pretende: conocer la propia percepción de la persona sobre su situación salud y bienestar.

Incluye: Estilos de vida, prácticas de promoción de salud y de prevención de riesgos. Prescripciones médicas y de enfermería.

Patrón 2: Nutricional Metabólico

Pretende: conocer el consumo de alimentos y líquidos de la persona en relación con sus necesidades metabólicas.

Incluye: Patrón individual de consumo de alimentos y líquidos (hábitos alimenticios). Medidas antropométricas. Aspectos psicológicos de la alimentación. Lesiones cutáneas. Estado de la piel, membranas mucosas y dientes.

Patrón 3: Eliminación

Pretende: conocer los patrones de la función excretora de la persona.

Incluye: Patrón de eliminación intestinal. Patrón de eliminación vesical. Patrón de eliminación a través de la piel.

Patrón 4: Actividad – Ejercicio

Describe los patrones de actividad, ejercicio, ocio y entretenimiento.

Incluye: Actividades de la vida diaria. Cantidad y tipo de ejercicio y deporte. Actividades recreativas. Factores que interfieren en la realización de las actividades deseadas.

Patrón 5: Sueño – Descanso

Describe los patrones de sueño, reposo y relajación.

Incluye: Cantidad y calidad percibida de sueño y reposo. Ayudas para el sueño y el descanso.

Patrón 6: Cognitivo – Perceptivo

Describe los patrones sensitivos, perceptuales y cognitivos de la persona.

Incluye: Situación de los sentidos sensoriales. Utilización de sistemas de compensación o prótesis.

Patrón 7: Autopercepción – Autocuidado

Describe los patrones de autoconcepto y percepción del estado de ánimo.

Incluye: Actitud de la persona hacia sí misma y hacia su valía. Imagen corporal y patrón emocional. Patrón de comunicación no verbal: postura y movimiento corporal, contacto ocular. Patrón de comunicación verbal: voz y patrón del habla.

Patrón 8: Rol – Relación

Describe los patrones de compromiso con el rol y las relaciones.

Incluye: Percepción de las responsabilidades de su rol. Satisfacción con la familia, el trabajo y las relaciones sociales.

Patrón 9: Sexualidad – Reproducción

Describe los patrones sexuales y reproductivos de la persona.

Incluye: Satisfacción con la sexualidad. Trastornos de la sexualidad. Problemas en etapa reproductiva de la mujer. Problemas en la menopausia.

Patrón 10: Tolerancia al Stress

Describe el patrón de adaptación y afrontamiento de la persona a los procesos vitales, y su efectividad, manifestada en términos de tolerancia al estrés.

Incluye: Capacidad de resistencia de la persona a los ataques de la integridad. Manejo del estrés. Sistemas de soporte y ayuda. Capacidad percibida de manejar situaciones estresantes.

Patrón 11: Valores – Creencias

Describe el patrón de los valores y las creencias espirituales y/o religiosas que influyen en la adopción de decisiones.

Incluye: Momentos importantes en la vida. La percepción de la calidad de vida. Conflicto con los valores o creencias importantes. Las expectativas relacionadas con la salud.

DIAGNÓSTICOS E INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA SEGÚN LOS PATRONES FUNCIONALES[13]

Función De Circulación Y Oxigenación

Diagnóstico De Enfermería

• Riesgo de alteración en la perfusión tisular relacionado con inmovilidad prolongada.

• Riesgo de acumulación de secreciones en la vía aérea relacionado con disminución en la expansión torácica.

Cambios asociados con la inmovilidad

• Aumento de la frecuencia cardiaca.

• Disminución del volumen de eyección cardiaco.

• Hipotensión ortostática.

• Aumento de la viscosidad sanguínea.

• Disminución de la captación de oxígeno.

• Disminución de la expansión torácica y la ventilación.

• Aumento de la frecuencia respiratoria.

• Acumulación de secreciones.

• Disminución del retorno venoso.

• Trombosis venosa (hipercoagulabilidad).

• Mayor cantidad de bióxido de carbono.

Cuidados De Enfermería

• Movilización temprana para prevenir los efectos del reposo en cama y ejercicios progresivos de estiramiento sobre los principales grupos musculares.

• Promover el retorno venoso con ejercicios activos, pasivos asistidos en MMII

• Colocar medias antiembolicas.

• Controlar presión arterial, frecuencia cardiaca y frecuencia respiratoria.

• Realizar terapia respiratoria para favorecer la salida de secreciones y ejercicios respiratorios.

• Realizar cambios de posición cada dos horas.

• Reducir o eliminar la compresión externa que impida el retorno venoso.

• Levantarlo de la cama en forma progresiva, por etapas, controlando signos vitales para prevenir la hipotensión ortostática.

Función De Nutrición

Diagnósticos De Enfermería

• Riesgo de alteración en la nutrición relacionado con pérdida de apetito secundario a inmovilidad física.

Cambios

• Anorexia.

• Obesidad o pérdida de peso.

• Desnutrición.

• Disminución del Peristaltismo intestinal.

• Disminución del metabolismo.

Cuidados De Enfermería

• Dieta balanceada rica en fibra y líquidos evitando las grasas.

• Presentar los alimentos en forma agradable.

• Ofrecer pequeñas porciones de alimentos nutritivos como frutas, maní, queso si no está contraindicado.

• Acompañarlo durante las comidas.

• Ofrecer alimentos que sean de su agrado.

Función De Eliminación

Diagnóstico De Enfermería

• Riesgo de alteración en función de eliminación relacionado con inmovilidad física.

Cambios

• Aumento de la diuresis.

• Incremento en la excreción de sodio, potasio y calcio.

• Se presenta hipercalciuría y la fosfaturia.

• Se incrementa el riesgo de infección en vías urinarias.

• Se presenta litiasis renal.

• Incontinencia urinaria por deterioro de los mecanismos fisiológicos de la micción.

Cuidados De Enfermería

• Estimular una evacuación completa de la vejiga.

• Proporcionar abundantes líquidos en el día, aproximadamente un litro diario, ricos en vitamina c a menos que este contraindicado.

• Estimular el reflejo de la micción con ligeros golpecitos sobre la vejiga en caso de necesidad

• Observar las características de la orina color, olor y cantidad. Con el propósito de identificar signos de infección urinaria: moco, color turbio u olor fétido.

Función De Protección

Diagnóstico De Enfermería

• Riesgo de alteración en la integridad de la piel relacionado con reposo prolongado en cama.

La meta que se persigue es la prevención del deterioro de la integridad de la piel estimulando la perfusión tisular en las zonas de mayor riesgo.

Cambios

• Ulceras por presión.

• Atrofia y mayor fragilidad tisular.

• Disminución del flujo capilar**.**

Cuidados De Enfermería

• Mantener la piel limpia y seca.

• Mantener la circulación adecuada mediante cambios de posición protegiendo las prominencias óseas.

• Evitar el uso de talcos en pliegues cutáneos porque absorben la humedad y forman hongos que irritan la piel.

• Realizar masajes en espalda y glúteos con crema humectante

• Inspeccionar las áreas de riesgo.

• Estar alerta a los cambios de coloración de la piel.

• Colocar almohadas en las prominencias óseas.

• Hidratar la piel con cremas humectantes.

• Evitar el uso de flotadores y/o colchones de aire de manera permanente porque estos causan mayor presión y puede verse comprometida la integridad de la piel. Es por ello que se recomienda utilizarlos en forma intermitente.

Función Neurológica

Diagnóstico De Enfermería

• Alteración en los procesos de pensamiento relacionado con disminución de la estimulación ambiental, evidenciado por desorientación y confusión.

Cambios

• Falta de concentración y motivación.

• Delirio.

• Perdida de la memoria reciente.

• Incoordinación.

• Trastornos del sueño.

Cuidados De Enfermería

• Ubicar al paciente en tiempo, lugar y persona.

• Tomar medidas de seguridad para evitar accidentes como colocar barandas en la cama.

• Tener elementos adecuados para la movilización del paciente.

• Proporcionar al paciente compañía permanente.

• Realizar actividades de motivación.

• Promover las visitas de los familiares.

• Colocar la música favorita del paciente.

• Motivarlo a participar en juegos de mesa.

Función De Actividad Y Descanso

Diagnóstico De Enfermería

• Déficit de la actividad recreativa relacionado con reposo prolongado.

• Alteración en la movilidad física relacionado con reposo prolongado.

• Riesgo de alteración en la integridad de los tejidos relacionado con inmovilidad.

Cambios

• Disminución de la fuerza muscular y la resistencia especialmente en MMII.

• Atrofia muscular.

• Inestabilidad en la marcha por baja coordinación motriz.

• Dolor muscular.

• Contracturas musculares.

• Reducción de resistencia del hueso por disminución de la actividad debido a la pérdida de masa ósea y calcio, aumenta la actividad osteocalatica sobre la osteoblastica.

• Osteoporosis.

• Degeneración articular.

• Déficit de la actividad recreativa.

• Alteración del patrón de sueño.

Cuidados De Enfermería

• Aumentar la movilidad de las extremidades con ejercicios donde se promueva el movimiento de las articulaciones.

• Evitar el pie caído por medio de férulas, o botas de boxeador.

• Permitir la marcha y actividades que promuevan el movimiento del cuerpo.

• Realizar ejercicios terapéuticos diarios en cama.

• Realizar cambios de posición.

• Vigilar el patrón de sueño.

• Realizar actividades de recreación.

• Tener un ambiente adecuado con buena iluminación.

• Evitar el uso bolsas de arena por que estas se deforman y no constituyen un soporte.

• Permitir que el paciente participe activamente en las actividades básicas cotidianas, en la medida de sus posibilidades.

Precauciones Para La Realización De Los Ejercicios Pasivos

• Los profesionales de enfermería debe asegurarse de que la persona se encuentre en la alineación corporal adecuada para realizar los ejercicios.

• Se debe tomar la articulación con firmeza pero suavemente para evitar el aumento del dolor muscular.

• Realizar los ejercicios suaves, lentos pero rítmicos.

• Tener en cuenta no exceder la amplitud de los movimientos y detener el movimiento que se esté realizando cuando la persona sienta dolor.

• Proporcionar momentos de descanso después de periodos cortos de ejercicios

• Evitar forzar a la persona para realizar los ejercicios.

• Se debe aumentar gradualmente el número de los ejercicios.

Modo Psicosocial

Diagnóstico De Enfermería

• Riesgo de alteración en el auto concepto relacionado con inmovilidad, incapacidad para desempeñar el rol habitual.

Cambios

• Aislamiento

• Depresión

• Disminución de la autoestima y de imagen corporal

ALTO RIESGO DE SÍNDROME POR DESUSO

Diagnóstico de enfermería, aprobado por la NANDA, del riesgo de deterioro de los sistemas corporales que corre un individuo por inactividad prescrita o inevitable. Los factores de riesgo son: parálisis, inmovilización mecánica, inmovilización por prescripción facultativa, dolor intenso y alteración del nivel de consciencia[14].

PLAN DE CUIDADOS

Plan De Cuidados Al Paciente En Situación De Reposo Prolongado

La movilidad es un componente esencial en la vida del hombre. Gran parte de nuestras funciones vitales (respiración, eliminación, etc.) precisan de esta actividad para realizarse de forma satisfactoria. Se denomina síndrome de desuso al conjunto de riesgos que engendra la inmovilidad. Éstos y la incapacidad para el autocuidado, constituyen los problemas básicos del paciente en reposo.

La capacidad de movilización es un indicador del nivel de salud del paciente y de su calidad de vida, ya que determina su independencia. Sctott y Campbell señalan la elevada prevalencia de situaciones de deficiente movilidad en unidades de hospitalización tanto agudas como crónicas.

Jiménez Herrero aporta datos que sugieren diferencias en la incidencia de inmovilidad y las relaciona de forma directa con la calidad asistencial y de los cuidados que se aplican en los diferentes centros.

La actuación ante estos pacientes debe ser integral. Se individualizará el plan de cuidados estándar, aquí presentado, para determinar en cada caso los problemas o diagnósticos de enfermería que presente el paciente.

Este plan de cuidados está orientado a mejorar o mantener el estado de salud y a prevenir las complicaciones propias del reposo prolongado. La aparición de estas complicaciones dependerá del grado de inmovilidad, del tiempo que lleve la inmovilización y de la patología de base que presente el paciente así como de su estado general.

Objetivos Generales:

- ✓ Fomentar actividades para el aumento del nivel de movilidad del paciente.
- ✓ Prevenir la aparición de complicaciones propias de un déficit de movilidad debido a la situación de reposo prolongado.

- ✓ Educar a la familia y/o al cuidador principal en el manejo del plan de cuidados para aumentar el nivel de movilidad y prevenir de complicaciones.

El siguiente Plan de Cuidados tiene en cuenta la clasificación NANDA, NIC Y NOC[15 16 17]

DIAGNOSTICO NANDA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
00040 Riesgo de síndrome de desuso r/c inmovilización física m/p dependencia total en actividades de la vida diaria (AVD).	1101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas. 0204 Consecuencia de la inmovilidad: fisiológicas. 0205 Consecuencia de la inmovilidad: psicocognitiva.	3540 Prevención de úlceras por presión. 4070 Precauciones Circulatorias. 3140 Manejo de las vías aéreas. 0450 Manejo estreñimiento/impactación. 1610 Baño. 5400 Potenciación de la Autoestima. 1650 Cuidados de los ojos. 1710 Mantenimiento salud bucal. 1800 Ayuda al autocuidado. 6490 Prevención de caídas. 1803 Ayuda al autocuidado: alimentación. 1630 Vestir.	– Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida. – Proporcionar con frecuencia cambios del peso corporal. – Realizar una exhaustiva valoración de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de la extremidad). – Observar las extremidades en busca de calor, enrojecimiento, dolor o edema. – Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación. – Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado. – Proponer el uso de laxantes. – Realizar el baño con el agua a temperatura agradable. – Inspeccionar el estado de la piel durante el baño. – Ayudar a establecer objetivos realistas para conseguir una autoestima más alta. – Recompensar o elevar el progreso del paciente en la consecución de objetivos. – Observar si hay enrojecimiento, exudación o ulceración. – Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral, si es necesario.

DIAGNOSTICO NANDA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
			– Observar color, brillo y presencia de restos de alimentos en los dientes. – Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes. – Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia. – Identificar conductas y factores que afectan al riesgo de caídas. – Utilizar barandillas laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama si es necesario.
00146 Ansiedad r/c amenaza de cambio en el estado de salud m/p expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales y atención centrada en el yo.	1402 Autocontrol de la Ansiedad. 1409 Autocontrol de la depresión.	5820 Disminución de la ansiedad. 5400 Potenciación del autoestima. 1209 Motivación.	– Escuchar con atención. – Crear un ambiente que facilite la confianza. – Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipiten la ansiedad.
000089 Deterioro de la movilidad en silla de ruedas.	000201 Ambular: silla de ruedas. 001502 Habilidades de interacción social. 001209 Motivación. 000208 Movilidad.	000846 Cambio de posición: silla de ruedas. 000221 Terapia de ejercicios: ambulación. 005400 Potenciación del autoestima. 005100 Potenciación de la socialización. 005360 Terapia de entretenimiento.	– Determinar el espacio de tiempo adecuado de permanencia en la silla, en función de su estado de salud. – Vestir al paciente con prendas cómodas. – Animar al paciente a identificar sus propias virtudes. – Recompensar o alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos – Fomentar las actividades sociales y comunitarias.

DIAGNOSTICO NANDA	CRITERIOS DE RESULTADO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	ACTIVIDADES
			– Incluir al paciente en la planificación de actividades recreativas.
00074 Afrontamiento familiar comprometido r/c desorganización familiar temporal y prolongación de la enfermedad m/p temor, ansiedad, preocupación ante la incapacidad	2600 Afrontamiento de los problemas de la familia. 2506 Salud emocional del cuidador principal. 1300 Aceptación del estado de salud.	7110 Fomentar la implicación familiar. 7040 Apoyo al cuidador principal. 4410 Establecimiento de objetivos comunes. 5618 Enseñanza (a la familia): procedimiento/tratamiento. 7140 Apoyo a la familia.	– Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente. – Favorecer los cuidados por los miembros de la familia durante la hospitalización o su estancia en una instalación de cuidados a largo plazo. – Determinar el nivel de conocimientos del cuidador. – Apoyar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo. – Informar al cuidador sobre recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. – Establecer los objetivos en términos positivos. – Explicar el procedimiento/tratamiento. – Enseñar a la familia cómo cooperar, participar durante el procedimiento/tratamiento.

McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4.ª ed. Madrid: Elsevier, 2008.

Moordhead S, Johnson M, Mass M. Clarificación de resultados de enfermería (NOC), 4.ª ed. Madrid: Elsevier, 2008.

PREVENCIÓN[18 19]

Es posible romper en cierto modo el círculo de la inmovilidad, generadora de más inmovilidad, evitando su progresión.

Para una correcta prevención de la pérdida de movilidad, y por tanto de la autonomía e independencia, se debería actuar a tres niveles:

Prevención Primaria

Las estrategias tienen la finalidad de disminuir la aparición de nuevos casos de inmovilidad: No cabe duda que la mejor medida preventiva para mantener el grado de movilidad es la actividad física. Los beneficios de la realización regular de ejercicios físicos y su influencia sobre el aparato locomotor, sistema cardiovascular y sistema respiratorio, entre otros, conducen al mantenimiento de la salud. Pero no sólo va a influir sobre estos aparatos, sino que aporta beneficios sobre el área psicológica, aumentando la ilusión de vivir, disminuyendo la ansiedad y los síntomas depresivos, e influye también de forma positiva sobre el área social, combatiendo la soledad y el aislamiento social. Los adultos mayores que lleva un tipo de vida autónoma y activa, con la realización regular de ejercicios físicos tiene disminuido estadísticamente su riesgo de mortalidad.

Prevención Secundaria

Las estrategias tienen como finalidad de disminuir los casos de inmovilidad ya existentes: Para ello es imprescindible realizar una evaluación diagnóstica exhaustiva, corregir los posibles peligros ambientales y los distintos factores de riesgo existentes. Así pues, actuando sobre el déficit visual, revisando los fármacos, corrigiendo la malnutrición, tratando la incontinencia, motivando al paciente, adaptando las viviendas y utilizando ayudas para deambular, se establecen medidas de prevención secundaria.

Prevención Terciaria

Con el objeto de disminuir la aparición de complicaciones generadas por la inmovilidad: Se establecen actuaciones específicas dirigidas a prevenir las posibles complicaciones que la inmovilidad puede desencadenar en los distintos sistemas o aparatos:

Sistema músculo esquelético: Se debe realizar cambios posturales regulares, dirigidos tanto a la prevención de las úlceras por presión como a aumentar el confort del paciente.

Sistema cardiovascular: La movilización activa o pasiva de forma periódica de los músculos de las extremidades inferiores evita el estasis venoso y las posibles complicaciones derivadas de ello. El uso de medias elásticas y los masajes también pueden ayudar a su prevención. Se debe ser cuidadoso en las movilizaciones, la incorporación debe ser lenta y gradual, para evitar así la hipotensión ortostática y disminuir el riesgo de fracturas en pacientes en reposo.

Sistema respiratorio: Mantener incorporado al paciente, proporcionar la alimentación en posición de Trendelebur y no acostar hasta después de más de 30 minutos de la ingesta, son maniobras importantes para evitar el riesgo de aspiración de alimentos, y por tanto, el riesgo de infecciones respiratorias. Además la realización de ejercicios respiratorios (inspiraciones profundas y provocación de tos), favorecen la movilización y expulsión de las secreciones. Además, mantener una buena hidratación.

Sistema genitourinario: Se debe mantener siempre una correcta higiene perineal, para evitar la aparición de maceración y lesiones de la piel.

Con la adaptación de la dieta empleando huevos, quesos, cereales integrales, ciruelas, jugo de arándano, y evitando bebidas carbonatadas y alimentos ricos en levadura, se consigue acidificar el pH de la orina, y por tanto, se reduce el riesgo de infección y de formación de cálculos renales. La realización de ejercicios destinados a fortalecer el músculo que controla la orina, disminuye el riesgo de incontinencia urinaria.

Cuidados psicológicos: Se debe fomentar la realización de actividades en lo máximo posible para mantener la autonomía de la persona, lo cual contribuye de forma positiva sobre el aspecto psicológico y sobre su evolución. Se debe mantener la motivación planteando objetivos de recuperación accesibles a corto y mediano plazo.

Otras actuaciones a tener en cuenta en la prevención son: cuidado de los pies y zonas de presión para evitar úlceras, la utilización de ayudas técnicas para caminar e impedir así la inmovilidad total, y el uso de lentes y audífonos para que el paciente pueda interrelacionarse adecuadamente con el medio que le rodea.

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

CONCLUSION Y RECOMENDACIONES

La inmovilidad prescrita en el contexto de las Unidades de Cuidado intensivo (UCI), juega un papel importante en el retardo en la recuperación integral del individuo hospitalizado. La revisión de estudios realizados ha demostrado que la actividad física moderada es benéficiosa en la reducción del ambiente inflamatorio asociado a la inmovilidad, y en mejorar los niveles de fuerza muscular.

A la vez que estudios recientes han demostrado que 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, con modificaciones en los protocolos de sedación y reposo en cama dado que debido a los días de estancia del paciente crítico estos aspectos no son valorados por el equipo de salud.

La inactividad juega un rol deteriorante del bienestar del paciente. El reposo en cama es una intervención común en pacientes críticamente enfermos. Las barreras que contribuyen a la restricción de la movilidad en un paciente crítico son, entre otras, la sedación, inestabilidad hemodinámica, dolor, delirio, la seguridad de tubos, accesos vasculares y/o drenajes que impiden la movilización.

El diagnóstico de “Riesgo de síndrome de desuso” indica, por tanto, la probabilidad de desarrollar un conjunto de respuestas humanas a consecuencia de la inactividad. Que trae aparejado el mal funcionamiento o deterioro de aparatos y sistemas del paciente en reposo.

Siendo estas consecuencias tanto de orden físico (úlceras por presión, estreñimiento, complicaciones respiratorias, circulatorias o urinarias, disminución de la fuerza o resistencia muscular o de la movilidad articular, hipotensión ortoestática) como psicológico (desorientación, alteración de la imagen corporal o impotencia) y social debido al aislamiento al que es sometido el paciente.

El plan de cuidados estandarizado para el diagnóstico de riesgo de síndrome de desuso permite englobar los riesgos asociados con la inactividad musculoesquelética. La utilidad de un plan estandarizado está en permitir aplicar cuidados de forma sistematizada, facilitando la toma de decisiones mediante la evaluación del paciente, verificando los resultados e indicadores que se ven influidos por intervenciones realizadas en el cuidado enfermero.

Prevenir significa preparar con antelación lo necesario para un fin, anticiparse a una dificultad, prever un daño, avisar a alguien de algo.

En el Síndrome por Desuso la prevención cumple una función especial ya que debe aplicarse en los tres ámbitos; es decir a nivel primaria, secundaria y terciaria; estableciendo cuidados enfermeros en cada uno de los niveles. Partiendo de intervenciones que eviten llegar a la inmovilización total y por ende a las consecuencias que ello conlleva, trabajando la fase secundaria y educando en la fase terciaria al paciente y/o cuidador, es decir cuando ocurra una secuela.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

[1] Medina Artiles Epifanía, Rodríguez Rodríguez Miguel, Acosta Suárez Gloria. El Estándar De Cuidados Del Alto Riesgo De Síndrome De Desuso. Rev Cubana Enfermer [Internet]. 1997 Jun [citado 2016 Mayo 04]; 13(1): 54-59. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191997000100008&lng=es.

[2] Serra Valdés Miguel Ángel, Milán Ginjaune Ernesto, García Viera Marleny, Laurencio Espinosa Juan Carlos, Carnesolta Suárez Liudmila, Valdés Fuster Jorge Luis. El Síndrome del Hombre rígido o Síndrome de la persona rígida. Presentación de un caso. Rev haban cienc méd [Internet]. 2014 Oct [citado 2016 Jun 01] ; 13(5): 719-727. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2014000500009&lng=es.

[3] Eliana María Cardona Pérez Adriana González Quintero Geovana Padilla Chivata Sheila Ivonne Páez Rincón Luz Ángela Alejo Yúber Liliana Rodríguez Rojas. Alteraciones Asociadas Al Desacondicionamiento Físico Del Paciente Crítico En La Unidad De Cuidado Intensivo. Revisión Sistemática. Fisioterapia iberoamericana Mov.cient.Vol.8 (1): 131-142 ISSN: 2011-7191. Enero a Diciembre de 2014

[4] Luengo C, Navarro J, Abizanda P. Atención al anciano inmovilizado. En: Abizanda P, Rodríguez L, editores. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores.. Barcelona, España. Elsevier SLU; 2015:416-420

[5] Martínez Muñoz L, Delgado Reyes I, Cruz Sánchez L. et al. Estudio de las enfermedades crónicas como causa del síndrome de inmovilidad en el adulto mayor. Congr. Reg. Med. Fam. III(X):1-9.

[6] P. S. Complicaciones secundarias a la inmovilidad en el anciano. Rev Gerontol. 1995;5:345-52.

[7] Gordon M. Diagnóstico Enfermero. Proceso y aplicación. 3º Edición. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1996.

[8] Gordon M. Manual de diagnósticos enfermeros, 10.ª ed. Madrid: Elsevier Mosby, 2003.

[9] Intensive Care Med. 2011 Oct;37(10):1575-87. doi: 10.1007/s00134-011-2300-7. Epub 2011 Sep 15.**Recommendations on basic requirements for intensive care units: structural and organizational aspects**. Valentin A, Ferdinande P; ESICM Working Group on Quality Improvement.

[10] Ordoñez C, Ferrada R, Buitrago R; (2002) Cuidado Intensivo y Trauma. Ed. Distribuna.

[11] Goldhill D. Levels of critical care for adult patients. Intensive Care Society. 2002.

[12] Unidad Planes de Cuidados Hospital General Universitario de Alicante. Octubre 2010.

[13] Lewis SM. Enfermería médicoquirúrgica. Valoración y cuidados de problemas clínicos. Barcelona: Elsevier, 2004.

[14] NANDA. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación 2012-2014. Madrid: Elsevier, 2012.

[15] McCloskey J, Bulechek GM. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC), 4.ª ed. Madrid: Elsevier, 2008.

[16] Moordhead S, Johnson M, Mass M. Clarificación de resultados de enfermería (NOC), 4.ª ed. Madrid: Elsevier, 2008.

[17] Merino, M. H. F. (2013)
2012-2014. Nuberos Científica,2(10).

[18] Valero, A. (2006). Síndrome de inmovilidad: fisioterapia en el domicilio. Jano,1611, 43-46.

[19] Pazos Domínguez, I. (2014). Riesgo de síndrome de desuso: plan de cuidados estandarizado en una unidad de Reanimación postquirúrgica.