

IDICLAS

REVISTA DIGITAL DE ENFERMERÍA DEL
**INSTITUTO DE DOCENCIA, INVESTIGACIÓN Y
CAPACITACIÓN LABORAL DE LA SANIDAD**

Mendoza, Argentina
Diciembre de 2021
Número 2



TRABAJO ORIGINAL

El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería

REVISIÓN

Plan de atención general de enfermería en pacientes traumatológicos postquirúrgicos

MISCELÁNEAS

Conociendo a la pionera de la enfermería moderna

CARTA AL LECTOR

Respiración

Estudiá Profesiones Esenciales

Enfermería Profesional



STAFF

PRODUCCIÓN GENERAL

Luis Alberto Jezowoicz

DIRECCIÓN

Lic. / Espec. María Rosa Reyes

JEFE DE REDACCIÓN

Cdor. Sergio Pelayes

COMITÉ EDITORIAL

Lic. / Prof. Estela Franco

Bioquímico Marcos Giai

Lic. / Prof. Pablo Enzo Chinellato

Especialista en Docencia

CORRESPONSALES

Lic. Isabel Asís

Lic. Alicia Reniero

Lic. Gladys Fresno

Lic. Amalia Sanchez

Lic. Rosa Barrientos

Lic. Pablo De Lucía

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

D.I. Sergio Sevilla

CORRECCIÓN

Prof. Marcos Giai

RESPONSABLE DE SUSCRIPCIÓN

Adrián Cortez

CONSULTORES ESPECIALISTAS

Lic. Albertina Gonzalez

Lic. Cecilia Luchessi

Lic. Norma Pagés

Lic. / Espec. Franco Casalvieri

COLABORADORES DE 1ª EDICIÓN

Lic. / Prof. Paola Battistón

Lic. Rosa Barrientos

Esta publicación es propiedad del Instituto de Docencia, Investigación y Capacitación Laboral de la Sanidad

PT 172-DEP-DES-DGE-MENDOZA

Autorizada su reproducción, mencionando la fuente.

Registro de propiedad intelectual N°

Foto de tapa: Freepik.com

DIRECCIÓN

Morón 265, Mendoza (5500), Argentina.

 www.institutosanidadmza.com.ar

 instisanidadmza@gmail.com

 Facebook

 Instagram

 YouTube

 Biblioteca Digital

 261 6822974

Sumario

4 Editorial

5 Importancia de la educación continua en enfermería

María Rosa Reyes

8 TRABAJO ORIGINAL

El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería

Franco Nicolás Giménez

15 REVISIÓN

Plan de atención general de enfermería en pacientes traumatológicos postquirúrgicos

Pablo Chinellato

19 CARTA AL EDITOR

Lesiones por calor y frío

Pablo Chinellato

25 CARTA AL LECTOR

Primeros Auxilios

Héctor Ortiz

28 INTERÉS GENERAL

Actividades de Extensión Comunitaria

Isabel Asís

29 MISCELÁNEAS

Conociendo a la pionera de la enfermería moderna

33 CARTA AL LECTOR

Respiración

Pablo Chinellato

Paola Batiston

Editorial



Imagen: Freepik.com

Mucho se podría decir sobre todo lo que la humanidad ha vivido durante éste año 2021.

Mucho dolor, muchas pérdidas humanas que nos han conmovido y que nos ha hecho reflexionar sobre la importancia de la vida, de la unión familiar, y del valor de nuestra profesión de enfermería.

Se puede hablar mucho de nuestra profesión, pero en estos tiempos vividos hay algo que me gustaría mencionar.

Considero que los enfermeros han estado a la altura de las circunstancias en la que nos colocó esta pandemia desde el aspecto técnico-profesional y humano, en respuesta a la gran demanda de servicios de salud de la comunidad.

Pero... ¿se han dado respuestas a la gran demanda de los enfermeros en cuanto al reconocimiento social, económico, condiciones de trabajo y fundamentalmente a los aspectos de situaciones de salud de nuestros profesionales en su ejercicio laboral?

¿Quién se ocupó o se preocupó de la angustia, temor, impotencia de los profesionales de enfermería al tener que convivir a diario con el dolor, la muerte de personas afectadas por el Covid 19?

¿Cómo sobrellevan el dolor de haber perdido a compañeros de trabajo, amigos y familiares?

Cuidar al que cuida: Tantas veces hemos escuchado o leído ésta frase.

¿Cuánto se ha hecho o cuánto hemos hecho respecto de ello?

Diría que queda todo por hacer.

Creo que, como profesionales de enfermería, debemos empezar a **cuidarnos nosotros mismos y entre nosotros mismos.**

Los enfermeros nunca bajamos los brazos ante situaciones límites, por lo tanto, el hecho de empezar a **cuidarnos nosotros y entre nosotros**, debería ser un compromiso a asumir de aquí en adelante.

A poco tiempo de iniciar un nuevo año, deberíamos asumir nuevos desafíos, personales, familiares, laborales, pero hay uno que no podemos dejar de lado y es el de **Aprender a Cuidar nuestra propia Salud.**

Empecemos nosotros... por ahí... con suerte... alguien más nos acompaña.

La Dirección

Importancia de la educación continua en enfermería

Autora

LIC. MARÍA ROSA REYES

La educación continua se concibe como una modalidad educativa que permite, a un profesional actualizarse en un área específica para desarrollarse profesionalmente.

A medida que los conocimientos cambian y con ellos la tecnología, herramientas y procedimientos, la educación continua es una estrategia clave para aumentar las competencias del profesional de enfermería, y con ello, mantener la calidad en la atención.

La educación es un componente de la vida, y ocurre de manera continua y dinámica en el tiempo y en el espacio.

El espacio de formación, de aprendizaje y de cultura, no sólo ocurre en la Escuela. El fenómeno educativo ocurre en otros lugares, tales como empresas, la calle, el trabajo, en los tiempos sociales y durante el descanso, entre otros.

Enfermería es una profesión que requiere de quienes la ejercen, una permanente actualización de conocimientos, dado que las Ciencias de la Salud avanzan día a día dejando poco margen para que los Enfermeros tomen un respiro en el tema de incorporar nuevos conocimientos para brindar mejores cuidados a las personas que requieren su atención.

La realidad mundial y por supuesto la local, nos demuestra que cada vez es más necesario que los enfermeros dediquemos mayor tiempo a nuestro ejercicio profesional, ya sea por situaciones económicas, o por requerimientos profesionales donde nuestro conocimiento sea requerido.

Las actuales condiciones y requerimientos de la actual sociedad se caracterizan por dinámicas de cambio, desarrollo tecnológico y científico de forma acelerada, así como lo que se ha denominado en llamar la “Sociedad del Conocimiento” que es el reflejo del abundante manejo de información y de su continua generación y difusión. Esto supondrá un gran reto

para todos los enfermeros que quieran mantenerse actualizados.

La actual situación de salud mundial, provocada por la pandemia de Covid-19, ha provocado grandes cambios en nuestros modos de pensar, actuar y de toma de decisiones en cuanto a nuestra situación particular y profesional.

En lo particular, la revalorización de la familia, del encuentro diario, del diálogo más frecuente, son aspectos importantes para crecer como personas y cuidar a nuestro entorno más cercano.

En lo profesional, también se han sucedido muchos cambios que han sido el pilar para que la profesión de enfermería siga creciendo y principalmente para ser considerados como personal esencial en el cuidado de la salud de las personas.

Si bien esta consideración aún no se ve reflejada en el reconocimiento económico, ni en la mejora de las condiciones de trabajo y del sistema de incorporación al mercado de trabajo de los enfermeros, es una lucha que hay que continuarla y enfrentarla demostrando realmente **que es enfermería, y que nos define como verdaderos profesionales.**

“La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermas o sanas, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y los cuidados de los enfermos, discapacitados y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en las políticas de salud y en la gestión de los pacientes y los sistemas de salud, y la formación”. (CIE, 2002)

Si nos detenemos en el análisis de ésta definición del Concejo Internacional de Enfermería, podemos dimensionar los grandes desafíos a los que se enfrentan a diario las personas que ejercen ésta noble profesión.

Ser conscientes que para enfrentar estos desafíos hay que estar preparados y actualizados es algo a lo que los enfermeros debemos enfrentarnos.

Pero... ¿Cómo cumplimentar con esto si la realidad laboral y en muchos casos familiar, dificulta la posibilidad de concurrir o participar de encuentros científicos que acrecienten nuestros conocimientos?

En nuestro ejercicio profesional contamos a diario con mucha información que constantemente está actualizándose. Esto representa en cada uno de nosotros un desafío constante de mantenernos informados para de esa forma cuidar mejor de las personas a nuestro cargo, y cumplimentar con las premisas deontológicas de nuestra profesión.

Para las instituciones formadoras del sector salud y mayoritariamente de enfermería, esto representa un desafío permanente de buscar y encontrar alternativas educativas que permitan a quien esté interesado, en continuar creciendo como profesional.

Según el Parlamento Europeo, una de las habilidades clave que contribuye al éxito en esta Sociedad del Conocimiento, es aprender a aprender de forma permanente a lo largo de la vida. (*Lifelong Learning*)

Entre las alternativas educativas, es importante hacer referencia al **microlearning o micro aprendizaje** como innovación en la formación permanente de enfermería, y que nos brinda la oportunidad de repensar nuevas **“formas de hacer”**.

Es ineludible la necesidad de prepararse para desarrollar nuevas habilidades, que permitan participar y desarrollarse de forma efectiva en este mundo contemporáneo.

La complejidad de la información, las diversas fuentes que nos provee la misma, es cada vez mayor y nos enfrenta a diferentes alternativas de selección de la misma y no siempre es segura su validez y confiabilidad. Esto pone en riesgo muchas veces la seguridad de las personas.

Saber trabajar con la **información y utilización de las tecnologías** será crucial e incuestionable para la evolución y desarrollo de la sociedad general, y de las profesiones sanitarias en particular, por lo mencionado anteriormente.

La dinámica laboral de enfermería, que por razones no sólo de la actual pandemia, sino por las diferentes situaciones epidemiológicas que se dan, por razones de servicio, etc. exigen una movilidad del personal de enfermería de un servicio a otro y su rotación en diferentes turnos laborales, y la prestación de intervenciones de múltiples cuidados.

Ante ésta realidad, la necesidad de la actualización continua representa la forma dinámica para transformar la información en conocimiento y en esto las instituciones educativas deben comprender que la manera de aprender ha cambiado, y por ende la forma de enseñar. La tecnología imparabla y la democratización del acceso a Internet (y por tanto a la información), ha transformado completamente el contexto educativo.

Este contexto exige fortalecer conocimientos y avanzar en el desarrollo de habilidades que permitan interactuar con un medio más competitivo, en coherencia

también con el cambio en el paradigma educativo, especialmente notorio en la educación de adultos activos desde el punto de vista laboral.

En la actualidad, el rol del docente se transforma en el de un experto que trata de hacer útil y accesible la inmensa cantidad de información disponible, mediante estrategias para el aprendizaje permanente, tales como:

- Compartir el conocimiento.
- Fomentar espacios colaborativos y participativos para la transmisión de conocimientos de forma horizontal.
- Mediación con uso de la tecnología, para la construcción social del conocimiento.
- Priorizar el desarrollo de competencias.
- Promover el desarrollo de habilidades para aprender a aprender.
- Acompañamiento en el aprendizaje autónomo.

Diversos estudios han demostrado que la formación continuada debe promover en las enfermeras:

- Independencia intelectual y práctica.
- El aprendizaje colaborativo, aprendiendo unos de otros.
- El pensamiento investigador.
- La motivación para la persistencia en el aprendizaje y autogestión de este.
- Potenciación e investigación permanente para crear ambientes de aprendizaje adaptados a la realidad cambiante y a las necesidades tanto de las enfermeras, como de la población que atienden.

Todo ello en un contexto de desarrollo equitativo e inclusivo, lo que significa que debe integrar transversalmente otras dimensiones, como la accesibilidad universal a la información, la mejora de la personalidad de los alumnos, la confianza en sí mismos, la motivación y el desarrollo sostenible de su aprendizaje.

Teniendo en cuenta todo lo expuesto, para transformar la información en conocimiento de forma regular, la oportunidad que brinda el e-learning, en sus diversas modalidades, es indiscutible si bien no existe un consenso sobre cómo deben ser estos modelos formativos para permitir salvar la distancia entre el saber, el saber ser y hacer.

Es necesario continuar investigando para que estas modalidades virtuales de aprendizaje se adapten y satisfagan las necesidades de las enfermeras, y sobre todo que potencien su desarrollo integral como profesionales y en consecuencia el de la disciplina.

Porque el e-learning no cura todos los problemas educativos, debe ser usado con sabiduría y buen juicio para mejorar el proceso de aprendizaje.

El conocido como Microlearning, es un modelo emergente en el que Enfermería debe innovar. Puede considerarse una nueva línea de investigación encaminada a explorar nuevas formas de responder a la creciente necesidad de formación permanente.



Imagen: Freepik.com

Este debe considerarse como un enfoque más entre los existentes dentro del e-learning, pero en la práctica, el Microlearning está muy conectado con el aprendizaje en:

- La era digital.
- Ubicuo (presente en todas partes al mismo tiempo).
- Asociado a dispositivos cada vez más móviles.
- Preferentemente en el ámbito no formal, en el marco de las comunidades de práctica y del aprendizaje a lo largo de la vida.

VENTAJAS DEL MICROLEARNING

- No requiere de mucha inversión de tiempo, esfuerzo, ni gasto.
- Aborda contenidos concretos.
- Centrado en competencias muy específicas y aspectos simples.
- Orientado a problemas u objetivos muy acotados, investigación-acción.
- Aprendizaje en micro pasos.

- Indicado para su consumo a través de tecnologías móviles.
- Útil para activar el conocimiento antes de una clase presencial.

A medida que los conocimientos cambian y con ellos la tecnología, las herramientas y los procedimientos, la educación continua es una estrategia clave para aumentar las competencias del profesional de enfermería, y con ello, mantener la calidad en la atención que se brinda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- García M, Ivet G. El aprendizaje para el cambio. Papel de la educación. Convergencia. 2003.
- Recomendación del Parlamento Europeo y del Consejo sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente.
- El microlearning como innovación en la formación permanente de la Enfermería Claudia Fernández González Nure Inv. 18 (111)

El cuidado invisible en pacientes críticos desde la perspectiva del equipo de enfermería

Autor

LIC. FRANCO NICOLÁS GIMÉNEZ

Licenciado en Enfermería

Especialista de Enfermería en el Cuidado de Paciente Crítico

Diplomado en Educación para Profesionales de la Salud

Servicio de Terapia Intensiva, Hospital Alfredo Ítalo Perrupato,

San Martín, Mendoza, Argentina

(Resumen del Trabajo Final Integrador Especialidad de Enfermería en el Cuidado de Paciente Crítico)

RESUMEN

Introducción: Es cierto que existen cuidados que son visiblemente notorios y de hecho quedan asentados en los registros de enfermería e historia clínica. Sin embargo, existen otros cuidados, comúnmente llamados cuidados invisibles. Estos últimos son acciones y cuidados que la mayoría de las veces son intangibles pero que contribuyen al bienestar y mejoría de las personas, tanto o más que las acciones técnicas y/o delegadas, dirigidas al plano físico/clínico del paciente.

Objetivos: Comprender e interpretar los cuidados invisibles de enfermería y su importancia en la evolución del paciente crítico en el servicio de Terapia Intensiva, de un hospital del departamento de San Martín, Mendoza, durante el mes de Junio de 2019.

Material y Método: estudio cualitativo fenomenológico. La población estuvo dada por enfermeros del servicio de terapia intensiva de adultos. Muestreo por saturación. Se emplearon entrevistas abiertas en profundidad. Se registraron de manera manual escrita los datos y luego se realizó un análisis detallado de la

información. Se entregó previamente a cada entrevistado un consentimiento informado explicativo.

Conclusiones: El enfermero crítico ejerce un rol fundamental durante la estancia de sus pacientes, ya que su papel involucra muchas más cosas que solo los procedimientos técnicos. Esta relación vincular requiere no solo de conocimiento científico sino también de valores y cuidados éticos. El enfermero es por consideración, un buen acompañante terapéutico, ya que es capaz de ser educador, poseer actitud empática, ejercer escucha activa, contener frente a situaciones estresantes, brindar afecto y ser fiel frente a las necesidades de los pacientes.

INTRODUCCIÓN

Enfermería implica un gran número de cuidados asistenciales en su rol de cuidador de salud de sus pacientes. Es cierto que existen atenciones que son visiblemente notorias y de hecho quedan asentados en los registros de enfermería e historia clínica. Sin embargo, existen otras intervenciones, comúnmente llamados cuidados invisibles, que muchas veces el mismo personal de enfermería, ejecuta casi por inercia y lo siente tan natural en su práctica que no se considera la dimensión de estos, y por ende no quedan registrados en ningún sitio¹.

A raíz de esto, se hace necesario ver la visibilidad y la invisibilidad de los cuidados desde un prisma ético, porque humaniza el cuidado, se vea o no. Recordemos la dimensión ética que tienen los cuidados, en tanto las decisiones que se tomen respecto al paciente deben estar envueltas en una reserva de la dignidad humana.

Cuando nos referimos a cuidados invisibles, hablamos de actos que tienen implicancia en la recupera-

ción de los pacientes, sobre todo en servicios de atención crítica, donde el paciente se encuentra vulnerable y despojado de sus pertenencias y el afecto de sus seres queridos. Dicho de otra forma, implica apoyar a la persona para que logre sus objetivos de salud y promocionar las habilidades que le son propias. Estos cuidados, la mayoría de las veces son intangibles, pero contribuyen al bienestar y mejoría de las personas, tanto o más que las acciones técnicas y/o delegadas, dirigidas al plano físico/clínico del paciente.

Los cuidados que como enfermeros convertimos en invisibles resultan ser muy visibles para los pacientes y cada día los ponen más en valor.

Se entienden por cuidados invisibles como aquellas acciones intencionadas de los enfermeros que en un principio no son registrables como las que son susceptibles de ser registradas, por ser consideradas más profesionales que las anteriores, pero que sin embargo, no quedan asentadas en ningún lugar de la historia clínica, lo que permite que los propios enfermeros las conviertan en cuidados invisibles.

La profesión enfermera ha crecido profesionalmente a lo largo del tiempo y ampliando cada vez más el componente científico de su disciplina. Esto ha traído cambios muy positivos para los profesionales y ha permitido un mayor reconocimiento dentro de las ciencias de la salud. En este proceso se han mantenido relegadas algunas áreas de la práctica diaria que revisten vital importancia para la calidad de vida de pacientes, usuarios y familiares, como por ejemplo los cuidados no registrables².

Las dificultades que imposibilitan un óptimo reconocimiento de los cuidados invisibles son diversas, desde como pueden ser medidos, como medir su eficiencia, hasta cómo es posible identificar qué importancia deben tener dentro de los cuidados de enfermería.

Una de las vías para abordar la cuestión de los cuidados invisibles, es potenciar la investigación cualitativa en enfermería³. Las técnicas de investigación cualitativa permiten a la enfermería, explorar los aspectos del significado de la salud y de los actos de salud por parte de las personas, examinar las prácticas y procesos institucionales o sociales alrededor de la salud y de los sistemas sanitarios, identificar las barreras y facilitadores de cambios, así como descubrir las razones del éxito o fracaso de las intervenciones de los cuidados profesionales enfermeros.

La teoría de Jean Watson, Teoría del Cuidado Humano⁴, se basa en la armonía entre mente, cuerpo y alma, a través de una relación de ayuda y confianza entre la persona cuidada y el cuidador. Su teoría tiene un enfoque filosófico existencial – fenomenológico, con base espiritual, que percibe el cuidado como un ideal moral, y ético de la enfermería. Dicho autor sostiene que el cuidado humano comprende un compromiso moral donde persigue proteger y realzar la dignidad humana. También identifica la experiencia, percepción y la conexión entre las personas. El cuidado humanizado

requiere de un compromiso moral por parte de los profesionales de salud, el cual requiere cada individuo, sea sano o enfermo, para mejorar su calidad de vida, inmerso en la educación en cada cuidado brindado, y de esta manera elevar la percepción de los pacientes en relación al cuidado humanizado⁵.

De manera inconsciente el profesional de enfermería practica e identifica la dimensión técnica del cuidado, y en menor grado la dimensión afectiva, ética y estética, pero disociada éste del conocimiento consciente del inmenso poder que emana de la práctica del cuidado humano⁶.

El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona⁷.

La enfermera que ofrece esta atención no es invisible para su entorno, pero sí para su institución, que ni valora, ni cuantifica, ni recompensa de ninguna manera esta excelencia y los beneficios que reportan a los pacientes. Por eso, registrar las intervenciones enfermeras en las que se desarrollan acciones de acompañamiento, ayuda y colaboración, demuestra "que el cuidado más humanizado es tanto o más importante que el manejo de técnicas para procurar el mayor bienestar posible para los pacientes"⁸, de esta forma se visibilizan y se les da reconocimiento y valor a estas acciones enfermeras realizadas a partir de un juicio profesional.

Al considerar que el cuidado es la expresión del trabajo amoroso, científico y técnico, que la enfermera realiza junto con la persona, con el propósito de desarrollar sus potencialidades, para construir formas de bienestar, mantener la vida, recuperar la salud o preparación para la muerte, que ocurre en los diferentes escenarios en donde se desarrolla o en donde procura su salud. Se concibe a la persona como la unidad esencial del cuerpo que le permite mediar entre la naturaleza, la cultura y el espíritu, como ser único indivisible y particular (espiritual, emocional, física, cultural, religiosa y social), que piensa, siente, quiere, desea, tiene alegrías, tristezas, objetivos y planes que le posibilitan su autorrealización y la libertad⁹.

Marie Françoise Collière, clasifica los cuidados en función de la finalidad que persiguen, y los cuidados emocionales se relacionan con los de compensación, de confirmación y de sosiego¹⁰. Los cuidados de compensación es esforzarse en compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última.

Los cuidados de confirmación animan, permiten ganar seguridad y fortalecen la construcción del sentimiento de confianza en sí mismo y los cuidados de sosiego llamados cuidados de relajación, aportan tranquilidad, liberación de tensiones y de este modo contribuyen a apaciguar las turbulencias emocionales. Siguiendo el pensamiento de Colliere se pueden analizar cuidados en relación a¹¹:

- Actitud de escucha: Es un arte que se aprende y es fundamental y prioritario para una comunicación eficaz, conocer dudas y necesidades del paciente.
- Contención emocional: Actitud de presencia física que implica voluntad de escuchar y explicar.
- Contacto corporal: Mensaje no verbal de comunicación de contacto físico que expresa sentimientos de comprensión, interés, confianza y significado de presencia activa
- Espacio/distancia entre enfermero-paciente: Una distancia adecuada y relación cara a cara expresa brindar confianza e intimidad para que el paciente se exprese pudiendo así sincerarse.
- Orientar/educar: Brindar información adecuada e individualizada según cada situación, tanto del paciente como de la familia.
- Contacto visual: Relación cara a cara durante la comunicación verbal o no verbal que supone sinceridad y honestidad entre los interlocutores.
- Reforzar capacidades: Brindar orientación para fomentar el autocuidado.
- Acompañar: Asistir con presencia física y actitud empática en situaciones de vulnerabilidad explícita o implícita, tanto del paciente como del familiar
- Cuidados/tratamientos alternativos: Brindar intervenciones para potenciar el control de los procesos del pensamiento de modo que las creencias negativas sean sustituidas por actitudes positivas.
- Empatía: Capacidad de comprender y responder afectiva y adecuadamente a las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente, expresadas en forma verbal y no verbal.

La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad, el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria¹².

Si las enfermeras aportan a la salud de las personas para que éstas desarrollen capacidades, las cuales les permitan responder de una forma más beneficiosa para sí misma a los problemas de salud y a los cambios en el proceso vital. Por ello es tan importante mantener una relación horizontal entre enfermero y paciente, sin olvidar la posición empática que enfermería debe adoptar en el arte del cuidado más aún si se habla de emociones¹³.

Marie Françoise Colliere además considera seis tipos de cuidado que debe realizar la enfermera, pero se enfoca en el estado emocional del paciente en el si-

guiente considerando; cuidados de sosiego y relajación, donde dice que las personas de manera general cuando descubren que su salud está amenazada recurren a solicitar ayuda pero mucho más cuando la han perdido, ello le genera ansiedad e incertidumbre que altera el sosiego y relajación que empeora los síntomas iniciales y retardan su tratamiento. Muchas veces situaciones del entorno como déficit económico, falta de trabajo, pérdidas (divorcio, muerte de un ser querido, robos) producen ansiedad y desequilibrio emocional que altera la relajación en diferentes grados.

La intervención de enfermería debe ser de manera inmediata y hacer un plan de recuperación cuyo objetivo pretenderá recuperar la tranquilidad del paciente y su entorno a fin de salir de la crisis en el menor tiempo posible, para lograr que el paciente descanse y se relaje y así poder obtener la merecida tranquilidad que contribuya a su tratamiento¹⁴.

OBJETIVO GENERAL

Comprender e interpretar los cuidados invisibles de enfermería y su importancia en la evolución del paciente crítico en el servicio de Terapia Intensiva, de un hospital de de San Martín, Mendoza de 2019.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trabajó con una metodología de tipo cualitativa fenomenológica, ya que la misma ofreció poder realizar el abordaje de las vivencias y percepciones del personal de enfermería del servicio de Terapia Intensiva en relación a la aplicación de los cuidados invisibles en sus pacientes críticos. La población estuvo constituida por los enfermeros-ras que desempeñen sus funciones como operativos en el servicio de Terapia Intensiva de adultos de un hospital de San Martín, Mendoza, durante el mes de junio del 2019.

Se utilizó muestreo por saturación, la saturación de los datos se dio cuando se consideró que las entrevistas posteriores no aportaban datos relevantes o novedosos en relación con el fenómeno en estudio. El tamaño de la muestra fue de 10 en total (se realizaron 2 entrevistas más para su confirmación). Se realizaron 10 entrevistas a profundidad, 6 hombres y 4 mujeres, edad comprendida entre 26 y 59 años con un nivel de formación académica de pregrado y grado. Todos realizan su rol profesional como de atención directa en la UTI.

Instrumento y Técnica: Para la recolección de los datos se emplearon entrevistas abiertas en profundidad, las mismas se realizaron durante las jornadas laborales en el servicio, donde se obtuvo la descripción de la experiencia de los cuidados brindados haciendo hincapié en los cuidados que no quedan registrados en la historia clínica y los informes de enfermería. Se registró de manera manual escrita y luego se realizó un análisis detallado de la información obtenida.



Imagen: Freepik.com

Para poder establecer una categoría de cuidado, donde se puedan incluir los cuidados invisibles que realiza el personal, se consideró el modelo teórico sobre cuidado emocional de Marie Françoise Collière, quien los clasifica en función de la finalidad que persiguen.

El Análisis de los datos: Al tener todos los datos se procedió a realizar un análisis objetivo identificando los cuidados invisibles y tipificándolos dentro del área temática establecida con una relación significativa entre la percepción del enfermero y la teoría abordada.

Consideraciones éticas de la investigación: Se entregó a cada entrevistado un consentimiento informado donde se explicaba brevemente el tipo de investigación y objetivo de la misma, dejando en claro que sus respuestas serían usadas durante la elaboración de la misma, preservando su identidad.

HALLAZGOS

Se presentan los mimos teniendo en cuenta la agrupación del área temática en relación a cuidados invisibles percibidos por los profesionales, seguida de la conceptualización y los relatos que dan cuenta de la misma.

1. Actitud de escucha: Escuchar implica un proceso activo donde actúan todos los sentidos, de forma intelectual y afectiva. Esta acción requiere esfuerzo y concentración, algo que no es necesario para oír,

un hecho meramente fisiológico. Es evidente que de esta manera se incrementa en gran medida la capacidad para empatizar¹⁵. La escucha activa constituye uno de los mejores recursos que se puede utilizar para mejorar nuestras habilidades de comunicación, contribuyendo a mejorar la calidad de las mismas y a que resultemos como un interlocutor agradable para los demás:

...lo escucho mirándolo a los ojos, que entienda que me importa lo que me está diciendo”

...cuando lo veo por primera vez, me presento, que sepa quién soy para que cuando necesite de mí, me llame por mi nombre y sepa que me importa lo que tenga para decirme”

2. Contención emocional: Implica tener la voluntad de escuchar y ser capaz de brindar una explicación. Enfermería tiene la oportunidad de compartir los momentos más especiales del ser humano, como el de nacer, crecer, desarrollarse físicamente, reproducirse, sentir sufrimiento físico y emocional o el difícil momento de morir. La buena práctica del cuidado es fundamental para aliviar las respuestas humanas ante estas situaciones, constituyéndose como una práctica privilegiada dentro de la ciencia de la salud, en donde es sumamente importante el vínculo entre el que cuida y el que es cuidado, con la convicción de que la función de enfermería es cuidar, y que cuidar es ayudar a vivir¹⁶.

...siempre trato de brindarles apoyo emocional, animarlos a que expresen sus emociones, lo que sienten, lo que les hace mal durante su internación"

...cada vez que el paciente tiene una pregunta, es necesario siempre responderla y despejar sus miedos e inquietudes"

...más de una vez he estado al lado del paciente mientras llora, sin decir nada, solo acompañando, lo mismo lo he hecho con familiares"

- 3. Contacto corporal:** El contacto físico o comunicación no verbal, otorga significado de presencia activa y genera en el paciente sentimientos de comprensión. La expresión del afecto mediante el contacto físico es una forma de comunicación extendida entre los animales que viven en grupos sociales duraderos. en el ámbito de la relación con las personas enfermas, discapacitadas o sufrientes por cualquier causa, el poder terapéutico del contacto corporal es muy importante. cuando el contacto físico se convierte en caricia sana en su motivación y oportuna en su momento y destinatario, puede constituir una medicina y un alivio en el sufrimiento¹⁷.

...cada vez en que le tomo la mano al paciente, él me sonrío como forma de agradecimiento por ese gesto"

...durante el baño en cama, o cuando se rota al paciente, más de una vez apoyo mi mano en su hombro, en su espalda para que se sienta cuidado, contenido y querido"

...más de una vez he tomado su mano fuertemente cuando se le está haciendo un procedimiento y percibís que el paciente tiene miedo y en el momento en que la toma sentís como se calma, es un vínculo especial para el paciente"

- 4. Espacio/distancia entre enfermero-paciente:** Una distancia adecuada y relación cara a cara expresa confianza e intimidad. Lo complicado consiste en conseguir la distancia justa, la suficiente y necesaria. Es necesario saber que la distancia no depende de uno sólo, que es cosa de dos o más cuando en la relación intervienen familiares y acompañantes, debe mostrarse una gran habilidad para que el paciente sienta la posibilidad de acercarse y de respeto para no invadir lo que el paciente guarda¹⁸.

"...a veces se sienten mal porque no saben nada de su familia, su esposa, sus hijos y están incomunicados, en más una oportunidad he prestado mi celular para hablen con su familia y se queden tranquilos..."

...hay situaciones en las que pacientes sienten pudor, por ejemplo para realizar un baño en cama, es común que una mujer sienta vergüenza porque todos los enfermeros que estamos de guardia somos varones, entonces antes de iniciar el procedimiento me acerco a los pies de la cama y le explico lo que hare, que preservaré su intimidad y que entienda que solo quiero ayudarla para que este cómoda"

- 5. Orientar y educar:** Otorgar información adecuada e individualizada según cada situación, tanto del paciente como de la familia. Para que sea eficaz, es necesario que la educación al paciente sea algo más que instrucciones e información. Todo personal de salud necesita ser capaz de evaluar las necesidades del paciente y comunicarse claramente¹⁹.

...a veces se sienten mal porque no saben nada de su familia, su esposa, sus hijos y están incomunicados, en más una oportunidad he prestado mi celular para hablen con su familia y se queden tranquilos"

...te preguntan que les expliques que quiso decir el médico, te tomas tu tiempo y le sacas todas las dudas que no se animaron a preguntar y te lo agradecen, percibís su cara de alivio al escucharte"

...muchas veces están desesperados por irse de alta de la UTI, y nosotros sabemos que no será posible ese día, me pongo a su lado y le explico que aún no es momento de que eso pase, que piense en su familia que lo espera, que desea que salga de ahí sano para que después no tenga que volver"

- 6. Contacto visual:** La comunicación verbal usa la lingüística²⁰, la voz y el canal auditivo; la comunicación no verbal emplea expresiones faciales, gestos, tonos de voz, actitudes, comportamientos y ropa, permitiendo al individuo no solo comprender el significado de las palabras, sino también comprender los sentimientos del hablante, lo que representa la mayor parte de los mensajes enviados y recibidos.

...siempre digo que es muy importante hablar mirando a los ojos, sentir ese vínculo con el paciente para que se dé cuenta que tu palabra es honesta y sincera

...me ha pasado de estar bromeando con un compañero y buscar la mirada cómplice de un paciente para que me ayude en la broma a mi colega, y ellos se ríen bastante con eso.

- 7. Reforzar capacidades:** Brindar orientación para fomentar el autocuidado. La enfermería pretende actuar por la persona incapacitada, ayudarla a actuar y/o brindarle apoyo para aprender a actuar por sí misma con el objetivo de ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuen-

cias de dicha enfermedad, siempre debe respetar la dignidad humana y practicar la tolerancia²¹.

...no solo es asistirlos en el desayuno, sino motivarlo a que sujete su taza y trate de beber por sí solo"

...un día una paciente quería peinarse, la senté al borde la cama, busque un peine y se lo di, le dije que se hiciera un lindo peinado para que estuviera más linda de lo que ya estaba"

...muchos no entienden el manejo de la cama, así que me tomo el tiempo para explicarle para que sirva cada botón y lo motivo para que lo tique sin miedo y así pueda poner la cama en la posición que más le sienta cómoda"

- 8. Acompañar:** La palabra acompañamiento se relaciona con pensar en una persona a quien se acompaña como ser pasivo y que no puede valerse por sí, razón por la que, desde la perspectiva biomédica, tiende a visualizarse el acompañamiento como una acción paternalista en la que la persona se limita a recibir las indicaciones del profesional sanitario; no obstante, el concepto abarca más allá de la entrega de indicaciones: significa que el profesional de enfermería entienda que la persona acompañada es la protagonista y que el acompañante debe adaptarse a sus necesidades, demandas, prioridades y valores, lo cual requiere la capacidad de empatía, el saber escuchar y responder a las necesidades del otro²².

...hay situaciones en la que los pacientes no pueden hacer cosas por sí solos, como acomodarles la almohada, taparlos si tienen frío.

...cuando un paciente se levanta para ir al baño por primera vez después de varios días de permanecer acostado, ellos te piden ir solos, vos les explicas que los acompañarás por cualquier cosa que pase y que si necesitan algo te llamen fuerte, al regreso te agradecen que los hayas acompañado"

- 9. Cuidados o tratamientos alternativos:** La espiritualidad humana se presenta en muchos e importantes aspectos, ya sea a través de capacidades humanas que trascienden la materia, la inteligencia, su capacidad de abstracción, de razonar o argumentar, de reconocer la verdad y de anunciarla en un lenguaje, en la voluntad, la capacidad de querer, de auto determinarse libremente, de actuar con miras a un fin conocido inteligentemente, la capacidad de auto reflexión de modo que podamos conocer nuestros propios conocimientos y querer nuestros propios actos²³.

...nosotros realizamos los baños por la noche, y a todos los enfermeros nos gusta escuchar música así que le pregunto a los pacientes que tipo de música le gusta, lo busco y lo pongo, ellos felices, se olvidan

"...cuando un paciente se levanta para ir al baño por primera vez después de varios días de permanecer acostado, ellos te piden ir solos, vos les explicas que los acompañarás por cualquier cosa que pase y que si necesitan algo te llamen fuerte..."

por un rato que están en la terapia y que encima están siendo bañados por otra persona"

...soy religiosa, y le pregunto al paciente si cree en algo, si me permite rezar, rezamos juntos y sino le digo que se aferre a su fe.

- 10. Empatía:** Capacidad de comprender y responder afectiva y adecuadamente a las necesidades físicas, emocionales y espirituales del paciente, expresadas en forma verbal y no verbal. La relación enfermera paciente, como relación de ayuda, es única. El ejercicio de comprender lo que el paciente está pensando o sintiendo debe interesar a los profesionales de la salud²⁴.

...a veces no es necesario que el paciente me diga nada, con solo mirarlo te das cuenta que está triste, ansioso, con miedo. Me acerco a charlar con él e intento ponerme en su lugar, aunque reconozco que no es fácil"

CONCLUSIONES

Una vez analizados los datos, se puede decir que el personal de enfermería de terapia intensiva, realiza diversos tipos de cuidados enfermeros, entre ellos aquellos que no quedan registrados en los informes de enfermería.

Si es cierto que parece una tarea difícil que el personal sea capaz de identificarlos fácilmente como un cuidado que contribuye en la permanencia del paciente crítico y más importante aún, en su recuperación.

Es evidente que el paciente en su estado de vulnerabilidad y fragilidad recurre a su compañía más cercana, el personal de enfermería, sobre todo teniendo en cuenta las condiciones de su internación en área crítica, donde se encuentra con temores, incertidumbre sobre su estado de salud y despojado de sus pertenencias y seres queridos.

El enfermero de área crítica ejerce un rol fundamental durante la estancia de sus pacientes, ya que su papel involucra muchas más cosas que solo los procedimientos técnicos. Esta relación vincular requiere no solo de conocimiento científico sino también de valores y cuidados éticos.

La realidad es que existe una falencia en cuanto a cómo debería el profesional realizar el registro de estos cuidados, que resultan tan visibles para los pacientes, pero invisibles para el resto del equipo de salud. Si bien el enfermero reconoce que son importantes y variados, en cierto aspecto le resta su valor por considerar que registrarlo no hace la diferencia en el estado de salud, pero la verdad es que el cuidado integral que se lleva a cabo desde el área de enfermería, ninguna otra disciplina lo realiza.

BIBLIOGRAFÍA

- Huércanos I. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Mexico.2013.Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100001&Ing=es.
- De la Rosa E., Zamora Monge G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? México.2012. Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000300009&Ing=es.
- Puga García A., MadiedoAlbolatrach M., Brito Hernández I., Escobar Carmona E. Modelo para desarrollar la Asistenciabilidad en el proceso de formación del profesional de enfermería. EducMedSuper .2010.Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21412010000200004&Ing=es.
- Stuckey H, Tisdell E. The Role of Creative Expression in Diabetes: An exploration into the Meaning-making process. Qual Health Res, 2010; 20(1): 42-56
- Watson J. Nursing Human science and Human Care: A Theory of Nursing. New York: National League of Nursing, 1988.p. 158
- Muñoz Y, Coral R, Moreno D, Pinilla D, Suárez Y. Significado del cuidado humanizado en egresadas de la Facultad de Enfermería. Rev Repertorio de Medicina y Cirugía. 2009; 18(4):246-250. 21.
- Rivera L, Álvaro T. Cuidado humanizado de enfermería: Visibilizando la teoría y la investigación en la práctica en la clínica del Country. Actual. Enferm. 2007; 10(4):15-21.
- González L, Velandia A, Flores V. Humanización del cuidado de enfermería. De la formación a la práctica clínica. CONAMED. 2009; (14):40-43.
- Huércanos Esparza, Isabel. Cuidado Invisible: donde los medicamentos no llegan. Index de Enfermería 2013; 22(1-2): 5-6.
- Rodríguez-Jiménez S.,Cárdenas-Jiménez M., Pacheco-Arce A. L., Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. EnfermeríaUniversitaria145-153.2014 .Disponible:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632014000400005&Ing=es.
- Colliere M. F. Encontrando el sentido original de los cuidados enfermeros. Rev. Tol. Enferm. 1999; 22 (1): 27-31.
- Bustamante, C; Ferreyra, N. Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos. Notas de enfermería, Sanatorio Allende, vol. 17, pág. 2. 2011
- Olmedo MC, Sanchidrian de Blas C, Pla R, Puentes MD, Rodríguez P. Sistemática para la protocolización del cuidado de enfermería. Revista de calidad-asistencial.2010;268274.Disponible: <http://zl.elsevier.es/es/revista/revistacalidad-asistencial-256>
- Irrutia P, Villarroel M. Cuidados emocionales que brindan los enfermeros a pacientes quirúrgicos [Internet]. Tunuyán – Mendoza; 2009. [Actualizado 2009;Disponible:http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/irrutia_patricia.pdf
- Gracia Á. Sócrates un filósofo para la enfermería. Madrid; 2014: http://www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_239.pdf
- Rodríguez Sanza, J. et al. Aspectos clave de la comunicación no verbal en la consulta. FMC. 2011;18(7):401-9.
- Sociedad Mexicana de Cardiología. Editorial: El cuidado de Enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002;10 (3): 88-89
- José C. Higuera. El poder Terapéutico del Contacto Físico. 2004: <https://www.josecarlosbermejo.es/wp-content/uploads/2018/04/articulos>
- Carmen R. de Larrucea. Derecho y salud no van siempre de la mano. DistanciaTerapéutica.2016:<https://carmenrodrigodelarrucea.wordpress.com/2016/01/28/distancia-terapeutica/>
- Ghorob A. Health coaching: teaching patients how to fish. FamPractManag. EEUU. 2013;20(3):40-42
- Almeida Rebouças C., FreitagPagliuca M., CavalcantiRodrigues Júnior J., Barbosa Oliveira G., Almeida P. El análisis comparativo de la comunicación no verbal entre enfermero y paciente ciego. Brasil 2015. 24(3): 134-138. Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200004&Ing=es.
- Prado Solar L., González Reguera M., Paz Gómez N., Romero Borges K.. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron. 2014; 36(6): 835-845. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242014000600004&Ing=es.
- Sanz P, Jurado M., Fernández M. La humanización de los cuidados, la clave de la satisfacción asistencial: hacia el plan de acogida y acompañamiento. Escuela universitaria de enfermería Santa Madrona, España.2009Disponible:http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/21526/1/2009_2.pdf
- Abraham,G.Espiritualidad filosofía y psiquiatría. España. 2016 http://www.webislam.com/articulos/33665espiritualidad_filosofia_y_psiquiatria.html
- Triana Restrepo M. La empatía en la relación enfermera-paciente. av.enferm.2017; 35(2):121-122.Disponible: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002017000200121&Ing=en <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v35n2>

Plan de atención general de enfermería en pacientes traumatológicos postquirúrgicos

Autor

LIC. PROF. PABLO CHINELLATO

Mg. en Enfermería / Esp. en Docencia

chinellatopenzo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

La intervención quirúrgica es muy común en servicios de traumatología. Se realiza para el reemplazo total o parcial de la articulación o de partes óseas tras fractura de distintos tipos (estos eventos ocurren muy frecuentemente) o por degeneración de la articulación que causa dolor o limitación/impotencia funcional en distintas regiones.

OBJETIVO

Valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar y evaluar un correcto plan de atención de enfermería para cuidados generales en pacientes posquirúrgicos traumatológicos.

DESARROLLO

MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

Definición: Recogida y registro de los datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones.

ACTIVIDADES

- Controlar periódicamente presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio, si procede. Tras una valoración exhaustiva, procederemos a elaborar el plan de cuidados del paciente postquirúrgico.

ANSIEDAD R/C CAMBIOS EN SALUD, ROL Y ENTORNO M/P PREGUNTAS REITERADAS DE SU ESTADO DE SALUD

Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad Escala:

Manifestado / Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente

Definición: acciones personales para eliminar o reducir sentimientos de aprensión y tensión por una fuente no identificable.

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

ACTIVIDADES

- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Crear un ambiente que facilite la confianza.
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.

RIESGO DE ESTREÑIMIENTO R/C INMOVILIDAD, FALTA DE INTIMIDAD, POSICIÓN INADECUADA PARA DEFECAR M/P CATARSIS NEGATIVA

Eliminación intestinal Escala:

Comprometida / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida

Definición: Capacidad del tracto gastrointestinal para formar y evacuar heces de forma efectiva.

MANEJO DEL ESTREÑIMIENTO / IMPACTACIÓN.

ACTIVIDADES

- Tomar nota de la fecha del último movimiento intestinal.
- Controlar los movimientos intestinales, incluyendo la frecuencia, consistencia, forma, volumen y color, si procede.
- Tomar nota de problemas intestinales, rutina intestinal y uso de laxantes con anterioridad.
- Fomentar el aumento de la ingesta de líquidos, a menos que esté contraindicado.

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA R/C INMOVILIZACIÓN FÍSICA, INCONTINENCIA, DESNUTRICIÓN, CAMBIOS EN LA ELASTICIDAD DE LA PIEL M/P FACTORES MECÁNICOS

Integridad tisular:

piel y membranas mucosas

Escala:

Comprometida / Extremadamente / Sustancialmente / Moderadamente / Levemente / No comprometida

Definición: indemnidad y función fisiológica normal de la piel y de las membranas mucosas.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN.

ACTIVIDADES

- Utilizar una herramienta de valoración de riesgo establecida para valorar los factores de riesgo del paciente (escala Norton).
- Registrar el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.
- Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- Colocar al paciente en posición ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión encima del colchón.
- Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- Hidratar la piel. - Evitar el agua caliente y utilizar jabón suave para el baño.
- Uso de dispositivos de alivio de presión en zonas de riesgo.
- Asegurar una nutrición adecuada y de suplementos, si está indicado.
- Informar de los riesgos de inmovilidad y enseñar a los miembros de la familia / cuidador a vigilar si hay signos de ruptura de la piel, si procede.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO ALIMENTACIÓN R/C DISMINUCIÓN DE LA MOVILIDAD, MOTIVACIÓN Y DEBILIDAD. M/P INAPETENCIA

Favorecer una correcta alimentación.

Ayuda con los autocuidados:

Alimentación

ACTIVIDADES

- Identificar la dieta prescrita.
- Arreglar la comida en la bandeja, si es necesario, como cortar la carne o pelar fruta.
- Colocar al paciente en una posición cómoda.
- Educar en la importancia de la incorporación de nutrientes y su finalidad.

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO, VESTIDO / HIGIENE

Ayuda con los autocuidados: vestir / arreglo personal

Definición: Ayudar a un paciente con las ropas.

ACTIVIDADES

- Estar disponible para ayudar en el vestir, si es necesario.
- Facilitar el peinado del cabello del paciente, si es el caso.
- Facilitar que el paciente se afeite él mismo, si procede.

AYUDA AL AUTOCUIDADO:

- Proporcionar los objetos personales deseados (desodorante, cepillo de dientes y jabón de baño).
- Fomentar la independencia interviniendo si es necesario.

Mantener la piel limpia, seca y protegida

Ayuda con los autocuidados: baño / higiene

Definición: Ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

ACTIVIDADES

- Colocar toallas, jabón, desodorante, equipo de afeitado y demás accesorios necesarios al pie de cama o en el baño.

AYUDA AL AUTOCUIDADO:

ACTIVIDADES

- Comprobar la capacidad del paciente para realizar autocuidados independientes.
- Observar la necesidad por parte del paciente de dispositivos para la adaptación para la higiene.
- Alentar la independencia, pero interviniendo si es preciso.
- Enseñar a la familia a fomentar la independencia, para intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar la acción dada.



Imagen: Freepik.com

ALTERACION SENSORIAL Y DE BIENESTAR R/C INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA M/P DOLOR

Instaurar medidas de detección del dolor.
Control del dolor

Definición: acciones personales para controlar el dolor.

Escala:

Nunca / Raramente / En ocasiones / Con frecuencia / Constantemente
(Adaptar escala de valoración EVA)

MANEJO DEL DOLOR

Definición: Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya localización, características, aparición / duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Notificar al médico si las medidas no tienen éxito o si la queja actual constituye un cambio significativo en el dolor del paciente.

ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

Definición: Utilización de analgésicos para disminuir o eliminar el dolor.

ACTIVIDADES

- Comprobar historial de alergias y órdenes médicas y observar también si hay señales y síntomas de efectos adversos.
- Registrar la respuesta al analgésico y cualquier efecto adverso.
- Evaluar la capacidad del paciente para participar en la selección del analgésico, vía y dosis, e implicarle, si procede.
- Evaluar la eficacia del analgésico después de cada administración, especialmente después de dosis iniciales.

RIESGO DE FLEBITIS, EXTRAVASACIÓN, ACODAMIENTO, OBSTRUCCIÓN SECUNDARIA A TERAPIA IV

Instaurar medidas de prevención de la flebitis, extravasación, acodamiento y obstrucción.

MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO

ACTIVIDADES

- Cambiar los sistemas, según el protocolo del centro.
- Observar si hay signos de oclusión del catéter.
- Observar si hay signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.
- Mantener una técnica aséptica siempre que se manipule el catéter venoso.

RIESGO DE INFECCIÓN RESPIRATORIA SECUNDARIA A ACUMULACIÓN DE SECRECIÓN RESPIRATORIA Y HOSPITALIZACIÓN

Instaurar medidas de prevención y detección temprana de la infección respiratoria.

MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS

ACTIVIDADES

- Colocar al paciente en la posición que permita que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Eliminar las secreciones fomentando la tos.
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Vigilar el estado respiratorio y la oxigenación, si procede.

RIESGO DE TROMBOEMBOLISMO PERIFÉRICO SECUNDARIO A INMOVILIDAD

Instaurar las medidas de prevención y/o detección de signos y síntomas de tromboembolismo.

PRECAUCIONES EN EL EMBOLISMO

Definición: Disminución del riesgo de formación de émbolos en el paciente con trombos o en situación de riesgo de desarrollar trombos.

ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de extremidades).
- Ayudar al paciente con el margen de movimiento activo o pasivo, si procede.
- Administrar medicación anticoagulante profiláctica en bajas dosis y/o heparina.

RIESGO DE HEMORRAGIA SECUNDARIA A PROCESOS INVASIVOS

Instaurar medidas de detección de hemorragia

VIGILANCIA

ACTIVIDADES

- Vigilar signos vitales.
- Anotar el tipo y la cantidad de drenaje de los tubos, sitio de salida, y notificar al médico los cambios importantes.

INTERVENCIONES

ACTIVIDADES

Precauciones con las hemorragias.

- Observar si hay signos y síntomas (sangre franca u oculta).
- Administrar derivados sanguíneos, si procede.

RIESGO DE INFECCIÓN O DEHISCENCIA DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

Instaurar las medidas de prevención y detección de la infección o dehiscencia de la herida quirúrgica.

CUIDADOS DE LAS HERIDAS

Definición: Prevención de complicaciones de las heridas y estimulación de la curación de las mismas.

ACTIVIDADES

- Anotar las características de la herida y de cualquier drenaje producido.

CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN

- Usar técnica aséptica para la curación, según técnica correcta.

CUIDADOS DEL DRENAJE

ACTIVIDADES

- Mantener la permeabilidad.
- Mantener el recipiente al nivel adecuado.
- Fijar el tubo para evitar extracción accidental.
- Registrar periódicamente la cantidad, color y consistencia del contenido.

RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROMUSCULAR PERIFÉRICA SECUNDARIA A CIRUGÍA ORTOPÉDICA E INMOVILIDAD PARCIAL

Instaurar las medidas de prevención de disfunción neuromuscular.

Instaurar medidas de detección de signos y síntomas de disfunción neuromuscular.

Terapia de ejercicios: movilidad articular.

Definición: Realizar movimientos corporales activos o pasivos para mantener o restablecer la flexibilidad articular.

ACTIVIDADES

- Realizar ejercicios pasivos y asistidos si procede.
- Enseñar al paciente / familia a realizar de forma sistemática los ejercicios de movimiento pasivos o activos.

TERAPIA DE EJERCICIOS: DEAMBULACIÓN

Definición: Estímulo y asistencia en la deambulación.

ACTIVIDADES

- Aconsejar al paciente que use un calzado que facilite la deambulación y evite lesiones.
- Animar al paciente a sentarse en la cama o en una silla, según tolerancia.
- Instruir al paciente / cuidador acerca de las técnicas de deambulación seguras.
- Vigilar la utilización por parte del paciente de muletas u otros dispositivos de ayuda para andar.

La atención basada en la evidencia nos resulta útil para:

- Poner a nuestro alcance los conocimientos necesarios para proporcionar los mejores cuidados.
- Estimular el aprendizaje permanente imprescindible para mantener un grado adecuado de competencia profesional.
- Fomentar el trabajo multidisciplinar, e identificar áreas que requieren investigación.

BIBLIOGRAFIA

- McGraw Hill [editorial]. Manual CTO. Volumen Enfermería Medicoquirúrgica, 2019. 11 edición.
- MEDONE [editorial]. Manual NANDA DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, 2021-2023. 12 edición.

Lesiones por calor y frío

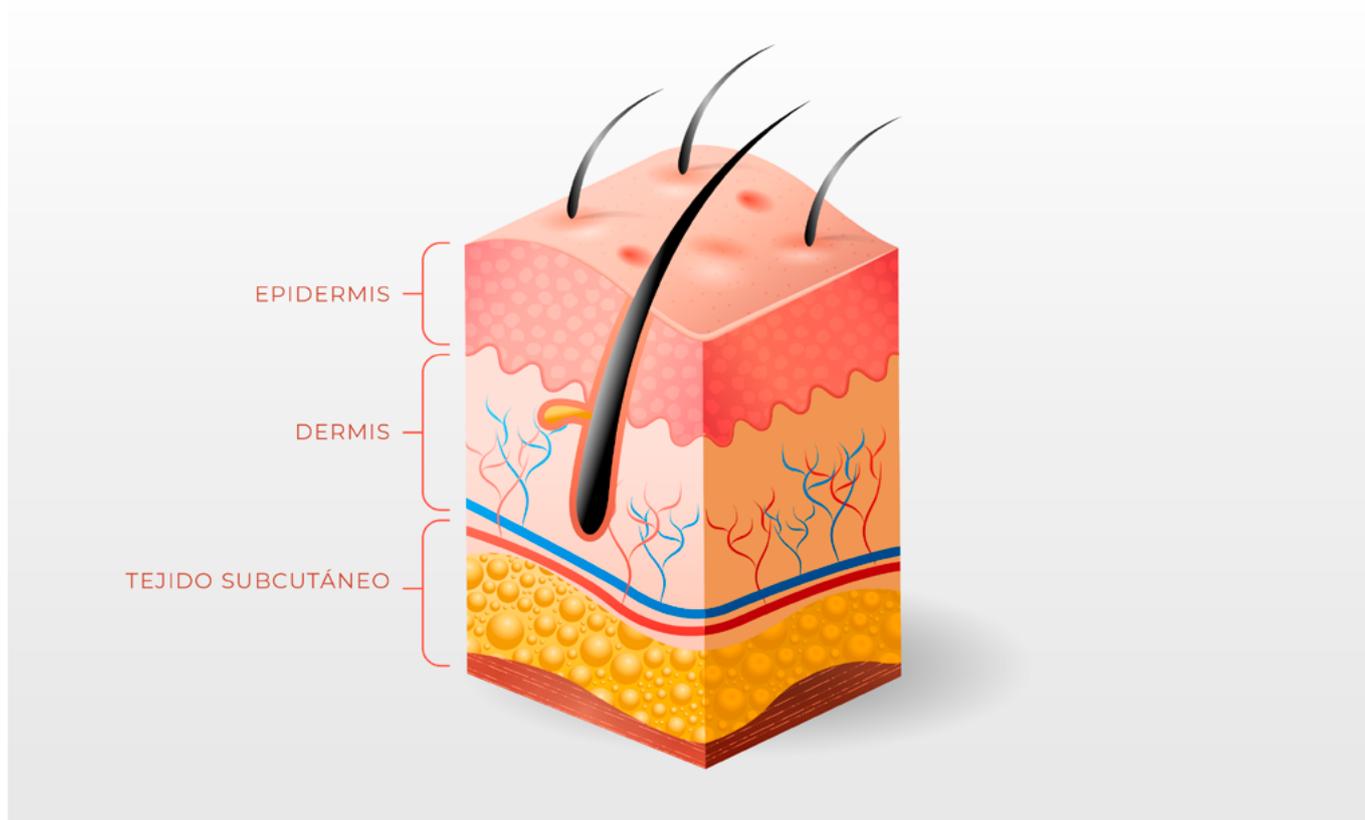


Imagen: Freepik.com

Autor

LIC. PROF. PABLO CHINELLATO

Mg. en Enfermería / Esp. en Docencia

chinellatopenzo@gmail.com

INTRODUCCIÓN

En este capítulo nos centraremos en el reconocimiento y evaluación de la exposición a temperaturas extremas de calor y frío. Estos extremos de temperatura pueden producir diversas lesiones y hasta la muerte de individuos durante los meses de invierno y verano. Ya es conocido que la mortalidad aumenta en pacientes politraumatizados hipotérmicos ($t^{\circ} < 36^{\circ}\text{C}$) o hipertérmicos ($t^{\circ} > 38^{\circ}\text{C}$). Los individuos más susceptibles a temperaturas altas o bajas son: lactantes, niños, ancianos, aquellos con enfermedades crónicas y alcohólicos entre otros. La pobreza, el nivel socioeconómico y la desnutrición también son factores que aumentan la incidencia.

El interés creciente por actividades recreativas y de aventura de alto riesgo en espacios naturales duran-

te períodos extremos ambientales ha aumentado la incidencia de individuos en riesgo de lesiones y decesos inducidos por calor y frío.

ANATOMÍA

La piel corresponde a un interfaz con el medio externo y sirve como capa de protección, evita la invasión por microorganismos, mantiene el equilibrio de líquidos y regula la temperatura corporal. Está compuesta por tres capas:

Epidermis: formada por células epiteliales, no contiene vasos.

Dermis: es más gruesa que la epidermis y está compuesta por tejido conectivo que contiene vasos sanguíneos, nervios, glándulas sebáceas y sudoríparas.

Tejido subcutáneo: es una combinación de tejido fibroelástico y depósitos de grasa. Debajo de esta se encuentra el músculo esquelético.

FISIOLOGÍA

Independientemente de la variación de la temperatura externa, el cuerpo funciona dentro de un rango de temperatura, este es de $37^{\circ} \pm 6^{\circ}\text{C}$.

Los seres humanos se consideran **homeotermos**, es decir que tienen la capacidad de autorregular la temperatura corporal independiente a las variables ambientales.

Esta autorregulación se lleva a cabo gracias a dos sistemas, la regulación conductual (esfuerzo consciente por disminuir el malestar térmico, como abrigarse) y la termorregulación fisiológica en la cual el **hipotálamo**, quien constituye el centro termorregulador, lleva a cabo una regulación neurológica y hormonal de la temperatura corporal.

Producción de calor y equilibrio térmico

La tasa metabólica basal corresponde al calor producto del metabolismo de órganos y contracciones musculares. El calor generado se transfiere por el cuerpo a través de la sangre en el aparato circulatorio.

Los métodos para mantener y disipar el calor corporal se describen a continuación:

- **Radiación:** es la pérdida o ganancia de calor por energía electromecánica.
- **Conducción:** es la transferencia de calor entre dos objetos en contacto directo entre sí.
- **Convección:** es la transferencia de calor de un objeto sólido a un medio que se mueve a través de ese objeto sólido, como aire o líquido sobre el cuerpo. En este caso se produce una eliminación continua del calor del cuerpo. ***El cuerpo perderá calor 25 veces más rápido en agua que en aire a la misma temperatura.***
- **Evaporación:** es la pérdida de agua y calor por el aire que se exhala, la piel y las membranas mucosas (pérdida insensible). Constituye un método eficaz de pérdida térmica del cuerpo, lo que depende de la humedad relativa del cuerpo. En condiciones normales la pérdida insensible es del 10% de la producción de calor, esta aumenta en condiciones de altas temperaturas y produce el sudor.

HOMEOSTASIS

Estado constante de retroalimentación neurológica desde regiones periféricas e internas hacia el centro termorregulador y otras regiones del encéfalo a fin de mantener condiciones internas estables.

FACTORES DE RIESGO EN LA AFECCIÓN TÉRMICA

Cualquier situación en la que la producción de calor rebasa a la capacidad del cuerpo de disiparlo puede dar como resultado una lesión térmica.

A continuación, mencionaremos los factores que contribuyen al inicio de enfermedad térmica:

- **Condición física e índice de masa corporal:** el sobrepeso, el sedentarismo y la falta de aclimatación aumentan el gasto energético de termorregulación por lo que pone a estas personas a mayor riesgo de enfermedad térmica.
- **Edad:** la capacidad de termorregulación y la tolerancia al calor disminuyen con la edad, sobre todo en mayores de 65 años. Los lactantes y niños tienen una capacidad de autorregulación inmadura por lo que son más sensibles al calor.
- **Alteraciones médicas:** diabetes mellitus, tiroidopatía y nefropatía.
- **Medicamentos y drogas:** hormona tiroidea, antidepresivos cíclicos, diuréticos, antihistamínicos, anticolinérgicos, bloqueadores β , LSD, cocaína, anfetaminas, alcohol. Los mecanismos involucrados son: aumento de la producción metabólica del calor, supresión del enfriamiento corporal, disminución de la reserva cardíaca y alteración del equilibrio renal hidroelectrolítico. Respecto a los sedantes y narcóticos, estos al afectar la conciencia normal, el razonamiento lógico y el juicio suprimen la capacidad de toma de decisiones ante variaciones de temperatura.

DESHIDRATACIÓN

El agua es el componente más importante del cuerpo humano, representa el 40-75% del peso corporal. La deshidratación es una manifestación frecuente en muchos casos de enfermedad térmica que ocurre durante muchos días, siendo más susceptibles los ancianos y personas que realizan actividad física (atletas). Puede ser el resultado de exposición prolongada tanto al calor como al frío, como así también efecto secundario de diarrea, vómitos y fiebre.

Como mencionamos con anterioridad, los menores de 15 años y los mayores de 65 son más susceptibles a deshidratación.

Los signos y síntomas de deshidratación incluyen:

- Micción menos frecuente y orina de color oscuro
- Sed
- Piel seca
- Fatiga
- Mareos
- Cefalea
- Acúfenos
- Confusión
- Sequedad de mucosas
- Aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria

En lactantes y niños se incluyen:

- Ausencia de lágrimas
- Ninguna humedad en el pañal por más de 3 hs

- Abdomen, ojos y fontanelas deprimidos
- Fiebre
- Irritabilidad
- Piel que no se aplana cuando se pellizca y suelta (signo del pliegue)

La clave para disminuir al mínimo la deshidratación ante la exposición al calor es la ingesta de líquidos orales antes y mantenerla con frecuencia mientras dura y después. La meta es prevenir la deshidratación excesiva y el desequilibrio hidroelectrolítico (sodio, potasio y cloro).

LESIONES CAUSADAS POR EL CALOR

Los trastornos relacionados con el calor pueden variar de menores a graves en los pacientes con afección térmica:

Trastornos menores relacionados con el calor: no ponen en riesgo la vida del paciente, pero requieren evaluación y tratamiento.

- **Exantema por calor:** es una erupción roja, pruriginosa (provoca comezón), papular (elevaciones de la piel) en zonas descubiertas de ropa y sudor profuso. El tratamiento consiste en el enfriamiento y secado de las zonas afectadas y retirar al paciente del calor y la humedad llevándolo a un ambiente fresco y seco.
- **Edema por calor:** edema leve que se manifiesta en manos, pies y tobillos, y se observa en etapas tempranas de aclimatación al calor, cuando el volumen plasmático aumenta para compensar la mayor cantidad de riego sanguíneo termorregulatorio. En ausencia de otras patologías, este no es de importancia clínica, es más frecuente en mujeres. El tratamiento consiste en aflojar cualquier ropa ceñida, joyas y elevar las piernas. **No están indicados los diuréticos.**
- **Tetania por calor:** es un trastorno poco frecuente y suele presentarse en pacientes expuestos a condiciones breves de calor intenso. La hiperventilación es la principal causa de los síntomas que aparecen como el entumecimiento, hormigueo (parestias) y espasmos musculares en manos y dedos. El tratamiento consiste en el retiro de la fuente de calor y controlar la ventilación.
- **Calambres musculares:** son contracciones dolorosas a corto plazo de los músculos de la pantorrilla, abdomen y extremidades. Suelen manifestarse luego de una actividad física prolongada en condiciones de alta temperatura, durante el ejercicio que produce sudoración profusa o en el periodo de recuperación. Se cree que tienen relación con la fatiga asociada al ejercicio y la pérdida de agua y electrolitos. El tratamiento consiste en reposo del paciente en un am-

biente fresco, estiramiento prolongado del músculo afectado y consumo de líquidos orales y alimentos ricos en cloruro de sodio. Es excepcional el requerimiento de soluciones intravenosas, pero en caso de ser necesarias se utilizará solución salina normal.

- **Síncope térmico:** se observa en pacientes en bipedestación prolongada en ambientes cálidos y es producto de la disminución de la tensión arterial. Esta disminución se debe a la vasodilatación y acumulación de sangre venosa en miembros inferiores. Clínicamente el paciente manifiesta desmayo, desvanecimiento o mareos. El tratamiento consiste en retirar al paciente, colocarlo en decúbito dorsal y rehidratarlo por vía oral o IV. En pacientes con antecedentes de enfermedad cardíaca o neurológica necesitan evaluación adicional. En el traslado de estos pacientes es indispensable la vigilancia de signos vitales y electrocardiograma (ECG).

Trastornos mayores relacionados con el calor: a continuación, se mencionan aquellos trastornos que de no ser tratados constituyen una amenaza para la vida del paciente.

- **Colapso relacionado con el ejercicio:** se presenta cuando un individuo colapsa luego de un ejercicio físico extenuante. Durante el ejercicio, la contracción de la musculatura de las extremidades pélvicas ayuda a aumentar el retorno venoso al corazón, cuando se detiene el ejercicio este disminuye significativamente y por lo tanto lo hace el gasto cardíaco y flujo sanguíneo cerebral tornándose insuficientes. Clínicamente el paciente se presentará con náusea, mareo y síncope, esta sintomatología mejora cuando el paciente adopta la posición de decúbito, pero se mareará cuando intenta incorporarse (hipotensión ortostática). No es rara la sudoración profusa y aumento de frecuencia respiratoria y cardíaca. Puede estar asociado a deshidratación. El tratamiento consiste en retirar al paciente a un lugar fresco, mantenerlo en reposo, en decúbito con las piernas a 45° (posición de Trendelenburg) e hidratarlo con líquidos frescos por vía oral. En caso de fracaso de estas medidas de hidratación o presencia de deshidratación se administrarán líquidos por vía endovenosa.
- **Agotamiento por calor:** es el trastorno más frecuente relacionado con el calor. Ocurre en personas expuestas durante días a climas calurosos en ambientes poco ventilados (adultos mayores) y en personas con largas exposiciones al calor. Es producido por un gasto cardíaco insuficiente (aumento del riego sanguíneo cutáneo, vasodilatación y pérdida de sal y agua producido por el sudor) para la demanda termorregulatoria. Clínicamente el paciente presenta palidez, sudoración, cefalea (dolor de cabeza) frontal, mareos, náuseas, vómitos, escalofríos, oliguria

(disminución del gasto urinario) y neurológicamente presenta apatía, irritabilidad o euforia. También presenta hipotensión ortostática. Es frecuente la deshidratación. La evaluación constante del paciente es importante debido a que progresan rápidamente al golpe de calor poniendo en riesgo la vida.

El tratamiento consiste en retirar al paciente a un ambiente fresco, en decúbito supino (boca arriba), retirar la ropa que pueda restringir la disipación del calor y rehidratar con líquidos orales electrolíticos deportivos diluidos a la mitad. Por lo general no requieren hidratación endovenosa, pero en caso de vómitos, náuseas o deshidratación es recomendable esta hidratación con solución fisiológica. Otra acción a tener en cuenta es el enfriamiento del paciente humedeciendo la cabeza y la parte superior del tronco con paños húmedos y colocándolo en la corriente de aire para aumentar la disipación del calor.

- **Golpe de calor:** es la forma de enfermedad por calor más urgente debido a que puede poner en riesgo la vida del paciente. Se produce por una falla en el sistema termorregulador, insuficiencia en los sistemas fisiológicos de disipación de calor y enfriamiento. Se caracteriza clínicamente por aumento de la temperatura corporal, 40° o más y trastorno neurológico como delirio, convulsiones y coma.

El golpe de calor tiene dos cuadros clínicos de presentación. El clásico y del ejercicio.

Las claves para distinguir el golpe de calor y otros trastornos relacionados con el calor son la elevación de la temperatura corporal y el trastorno de conciencia, ante este cuadro clínico en pacientes expuestos al calor se debe actuar de manera intensiva para disminuir la temperatura central.

Con respecto al tratamiento debe retirar de manera inmediata al paciente de la fuente de calor, evaluar el ABC y comenzar inmediatamente el enfriamiento, este se puede realizar con cualquier método disponible (manguera, botellas de agua, sueros fisiológicos, etc.) incluso antes de retirar la ropa y proveer una corriente de aire continua. El transporte se realizará con el paciente el decúbito lateral y aire acondicionado en la cabina, se retira la vestimenta y se cubre con una sábana húmeda. Se debe controlar la temperatura rectal del paciente en forma seriada hasta lograr 38,6-38,9°C, momento en el cual se detiene el enfriamiento. Proveer oxígeno a flujos altos con bolsa-mascarilla si es necesario y vigile el ritmo cardíaco del paciente.

Prevención de las enfermedades relacionadas con el calor

- Vestimenta adecuada a las actividades a realizar
- Hidratación: agua o bebidas electrolíticas deportistas
- Aumentar un acondicionamiento aeróbico que provea la reserva cardíaca necesaria para mantener el gasto cardíaco que cumpla las demandas de la exigencia física y los mecanismos de disipación de calor en un ambiente de alta temperatura.

LESIONES CAUSADAS POR EL FRÍO

Deshidratación

Como mencionamos con anterioridad puede presentarse deshidratación por exposición al frío por tres mecanismos.

- Evaporación del sudor
- Aumento de la pérdida de calor y líquidos por la respiración debido a la sequedad del aire frío
- Diuresis inducida por el frío: recordemos que uno de los mecanismos de regulación fisiológica de la temperatura es la vasoconstricción cutánea, ante la exposición a bajas temperaturas, con el fin de derivar la sangre hacia las venas más profundas para evitar la pérdida de calor. Esto causa un aumento de la volemia (volumen sanguíneo), aumento de la tensión arterial media, volumen sistólico y gasto cardíaco. El volumen expandido produce diuresis aumentada.

Trastornos menores relacionados con el frío

- **Congelación de primer grado:** es precursora de lesiones más profundas. Se produce un blanqueamiento de la piel y entumecimiento en zonas expuestas como cara, nariz y orejas. Por lo general es autolimitada si no persiste la exposición. (ver sección lesiones por congelamiento)
- **Urticaria por el frío:** se caracteriza por el rápido inicio de prurito, eritema, edema de la piel y aparición de placas sobreelevadas de la piel después de la exposición a bajas temperaturas. Se produce por la liberación de histamina. Es más frecuente en paciente con antecedentes de urticaria. El tratamiento consiste en evitar el frío y administrar antihistamínicos.
- **Eritema pernio (sabañón):** pequeñas lesiones cutáneas pruriginosas, hipersensibles que aparecen como bultos rojos violáceos en zonas expuestas en forma cónica al frío. Se produce por vasoconstricción de pequeñas arterias y venas. Son más frecuentes en pacientes con trastornos en la circulación periférica como diabetes, tabaquismo, dislipidemia, enfermedades del tejido conectivo. Es autolimitado, suele desaparecer luego de 7 a 14 días. Debe recomendarse protección con guantes y ropas apropiadas

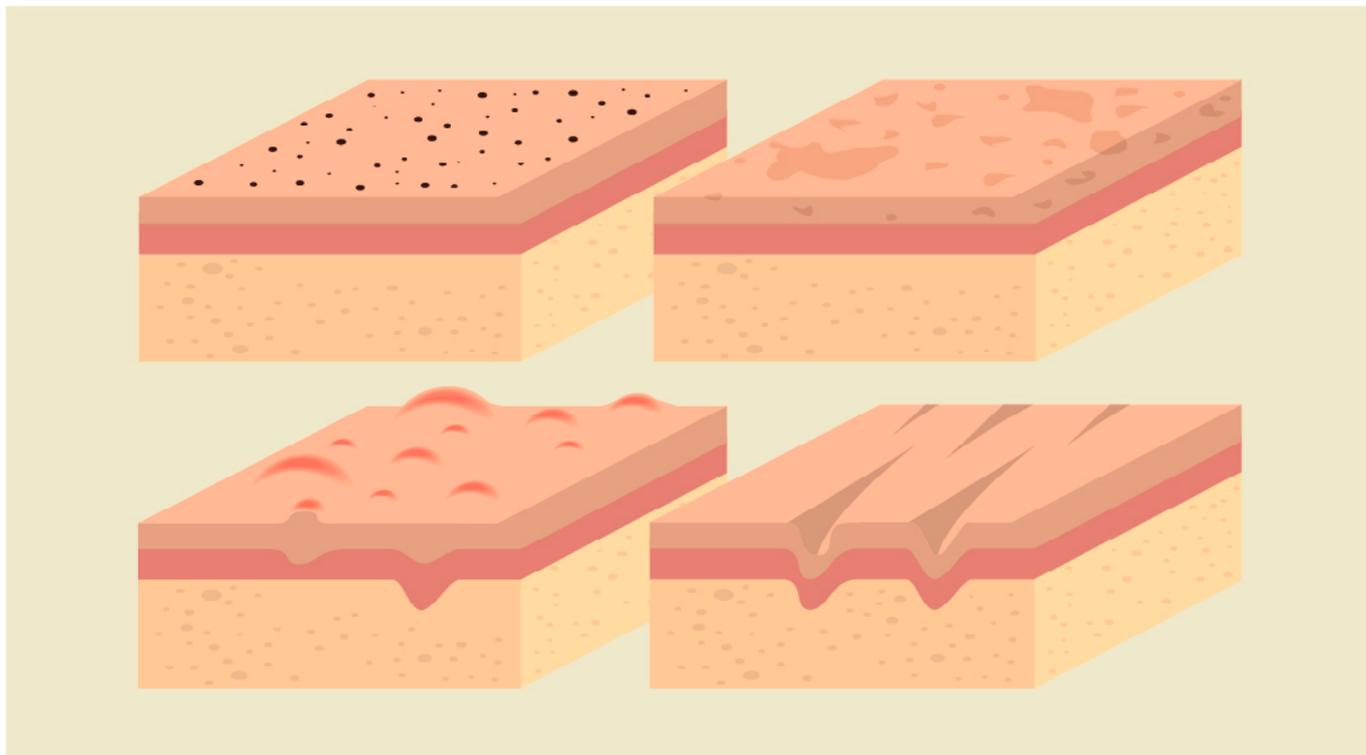


Imagen: Freepik.com

- **Queratitis solar:** sin protección del aire seco y de la exposición a reflejos brillantes (rayos UV) en la nieve aumenta el riesgo de quemaduras de piel y lesiones oculares. La queratitis es una quemadura de la córnea que aparece en una hora, pero se hace más evidente entre 6 a 12 horas de la exposición. El paciente presenta lagrimeo excesivo, dolor, eritema, sensación de arenilla en los ojos, fotofobia, visión borrosa y edema de los párpados. El tratamiento consiste en aplicación de parches oculares para disminuir la exposición, gotas oftálmicas tópicas con anestésico y analgésicos

Trastornos mayores relacionados con el frío

- **Lesión cutánea localizada:** Las lesiones por frío ocurren en sitios periféricos del cuerpo. El congelamiento es la forma más grave de lesión por el riesgo de pérdida de una extremidad. Los factores predisponentes son edad avanzada, carencia de hogar, exposición sin protección, intoxicación por alcohol y nicotina. Su frecuencia ha aumentado por el interés de deportes de aventura durante temporadas invernales o en zonas frías. Se clasifican en:
 - **Lesión por frío sin congelación:** consiste en el daño de tejidos periféricos debido a una exposición prolongada (horas o días) a la humedad/frío, puede coexistir con lesiones por congelamiento. Clínicamente la piel se observa eritematosa con cambios sensoriales leves los cuales van empeorando hasta la anestesia de acuerdo al tiempo de exposición, aparición de ampollas y color moteado de la piel que puede avanzar hasta el edema y gangrena de la extremidad

afectada. Durante a evaluación descartar hipotermia, deshidratación y tiempo transcurrido de exposición. Observar el tejido lesionado y pulsos periféricos, en caso de estar ausentes sospechar afección profunda y mayor probabilidad de pérdida tisular sustancial. Tratamiento: eliminar el enfriamiento adicional y prevenir traumatismos agregados. Cubrir la zona afectada con un apósito seco, estéril a fin de proteger del frío y empezar el recalentamiento del tejido lesionado durante el transporte. En caso de requerirlo tratar la deshidratación con soluciones EV y analgesia.

- **Lesión por congelamiento:** en caso de una mayor exposición periférica de los tejidos al frío el proceso progresa de una destrucción leve a grave de los tejidos y posiblemente a su pérdida por vasoconstricción intensa. Las zonas más susceptibles son las orejas, manos y pies. El punto de congelamiento se produce cuando la temperatura cutánea alcanza los $-2,2^{\circ}$ C. El tipo y duración de la exposición son importantes para determinar el grado de lesión. En muchos casos la lesión no se hará evidente hasta 24-72 hs después del congelamiento, excepto en casos graves. Clínicamente podemos observar diferentes grados de congelamiento de acuerdo a la profundidad de la lesión por lo que podemos encontrar desde piel blanca, pálida o amarillenta que de continuar la exposición se torna rígida, con vesículas o ampollas rodeadas de eritema. Estas lesiones se convierten las bullas (ampollas) hemorrágicas, lo que indica lesión vascular, pérdida de movilidad si el congelamiento es prolongado hasta llegar al grado más severo de lesión que afecta todo el grosor de la piel con signos de necrosis, momificación y amputación del tejido no viable.

Tratamiento: valorar la seguridad del escenario y el ABC. Retirar del frío y colocar la zona afectada en una superficie corporal caliente hasta lograr la temperatura corporal normal. Si la congelación es más profunda secar la zona afectada, cubra con apósito estéril entablillar y elevar los miembros para disminuir el edema; controlar la hipotermia, en caso de deshidratación administrar solución isotónica endovenosa, una carga de 250 ml a fin de disminuir la viscosidad sanguínea y el espesamiento capilar, y analgésicos.

- **Hipotermia accidental:** se define hipotermia como la circunstancia en que la temperatura central corporal es menor de 35°C. puede ocurrir hipotermia en distintas circunstancias, como aire ambiental frío e inmersión en agua fría. Los factores que afectan la supervivencia son la edad, composición física, estado nutricional y consumo de alcohol y drogas. En estos pacientes es frecuente la hipoglucemia debido al aumento del consumo de fuentes energéticas de glucosa sanguínea y glucógeno muscular por las contracciones musculares por los "tiritones". Esta es la razón por la cual los pacientes que han consumido alcohol corren mayor riesgo de presentar hipotermia porque este bloquea la producción de glucosa por lo que inhibe la posibilidad de contractura muscular para producción de calor.
- **Hipotermia y el paciente politraumatizado:** en estos pacientes la hipotermia es producida por el efecto del mismo traumatismo sobre la termorregulación y la inhibición de los mecanismos de producción de calor. Otros factores que colaboran con la pérdida de calor son: administración de soluciones frías, cavidad abdominal o torácica abierta, anestésicos, entre otros. La mortalidad aumenta significativamente en pacientes politraumatizados que presentan hipotermia.
- **Hipotermia por inmersión:** en este tipo de situación la inmersión en agua fría produce una declinación rápida de la temperatura cutánea, vasoconstricción periférica que da lugar a escalofríos, aumento del metabolismo, aumento de la ventilación, taquicardia, aumento del gasto cardíaco e hipertensión arterial. El rápido inicio de hipotermia es debido a que la capacidad de disipación de calor en el agua es 25 veces mayor que la del aire. Los movimientos, como intentar nadar para mantener la temperatura se convierte en un detrimento por el aumento de la pérdida de calor por convección hacia agua más fría que rodea al cuerpo. Es por eso que se recomienda la postura de disminución de escape de calor o la posición de conjunción cuando existan múltiples víctimas inmersas.

Debido a que los signos vitales podrían estar disminuidos a valores casi imperceptibles la impresión inicial de un paciente con hipotermia puede ser que está muerto. Por esta razón no se deben inte-

rrumpir las intervenciones terapéuticas y declarar muerto al paciente hasta que se le haya recalentado a 35°C y no presente signos de función cardiorrespiratoria y neurológica.

La secuencia clínica en estos pacientes comienza por el enfriamiento rápido de la piel, vasoconstricción periférica, hiperventilación y taquicardia. Si continua la inmersión en agua fría se encontrarán afectadas las destrezas motoras gruesas y finas que conducen a rigidez de dedos, pérdida de coordinación y de la función muscular. De permanecer la inmersión se inicia la fase final que es la hipotensión arterial, hipoxia y shock por frío sobreviniendo la muerte. Sin embargo, se ha demostrado que las pacientes víctimas de hipotermia por inmersión mueren por el pánico de sobrevivir que provoca aspiración del agua y ahogamiento y no por hipotermia.

Evaluación y tratamiento de la hipotermia

Evaluar la seguridad del escenario al arribar, determinar el ABC en forma rigurosa, teniendo en cuenta que el pulso puede estar débil o ausente y la tensión arterial disminuirá también. Algunos pacientes alertas pueden presentar letargo, náuseas y mareos. Evaluar la función neurológica ya que puede presentar alteración de conciencia, reacción pupilar lenta y estas estarán dilatadas y fijas. Esta evaluación se realizará en forma seriada y con frecuencia.

Ante un paciente con hipotermia con signos vitales las acciones a seguir son: retirar el paciente a un lugar cálido, retirar la ropa si estuviera mojada o húmeda para disminuir el enfriamiento, iniciar recalentamiento con cobertores y soluciones isotónicas tibias y administrar oxígeno a flujos altos.

En caso de hipoglucemia se administrará una dosis de solución glucosada al 50% y se reevaluará la glucemia cada 5 minutos.

Si el paciente se encuentra sin signos vitales inicie RCP.

Prevención de enfermedades relacionadas con el frío

Las recomendaciones para prevenir las lesiones asociadas con el frío incluyen las siguientes:

- Investigar factores de riesgo como fatiga, deshidratación, desnutrición
- Evitar la ingesta de alcohol
- Use calor para templar las extremidades frías
- Usar ropa adecuada a las temperaturas, evite aquellas prendas que absorban humedad (recordar que exacerba la pérdida de calor) y no usar ropa ajustada que restrinja la circulación.

BIBLIOGRAFÍA

MANUAL WASHINGTON DE MEDICINA DE URGENCIAS. WOLTERS KLUWER 2018.

Primeros Auxilios



Imagen: Freepik.com

Autor
HÉCTOR ORTIZ
 Docente Enfermería
 IDICSA
 adamortiz861@gmail.com

A diario nos vemos enfrentados con diversas situaciones, de las cuales unas son más difíciles que otras y para cada una de ellas debemos tener una respuesta apropiada.

Esta respuesta en muchos casos es aprendida e incorporada a los conocimientos y aplicada ante la situación que se presente.

Por el contrario, sino tenemos preparación nuestra respuesta va a ser improvisada, basada solamente en la experiencia e información válida, a veces, vaga e incompleta.

En nuestro trabajo también vamos a enfrentar emergencias. Entendiendo por tales aquellas que requieren solución inmediata dada la gran alteración producida a nuestro organismo, a veces comprometiendo la vida.

Se puede definir a **Primeros Auxilios** como aquellas medidas terapéuticas que se aplican con carácter de urgencia a las víctimas de accidentes o enfermedades de aparición repentina, hasta disponer de tratamiento especializado.

Los objetivos de un primer auxilio, podemos resumirlos en:

- Salvar la vida de la víctima, asegurando sus constantes vitales.
- Activar el sistema de emergencias.
- Aplicar las técnicas básicas hasta la llegada de los equipos.

La importancia de la capacitación en ésta área de las personas en general, pretende que las mismas obtengan la mayor capacitación en el área de primeros auxilios, para así lograr reducir el índice de pérdidas humanas por falta de atención en los primeros minutos.

Otro aspecto es contar con conocimientos sobre los riesgos de seguridad, como así también las herramientas necesarias para ejecutar en forma eficaz y oportuna la atención **INICIAL** en caso de accidente o emergencia.

También hay que considerar la importancia de estar capacitado para la atención en primeros auxilios, desarrollar habilidades y destrezas en primeros auxilios básicos, disminuir el grado de complicaciones que puedan comprometer aún más la salud de las personas y **poder reconocer** la gravedad de la persona afectada.

Otra cosa de suma importancia es:

Proporcionar la asistencia requerida para evitar las lesiones a futuro, y garantizar el correcto traslado a un centro asistencial.

Se deben considerar las siguientes premisas

PROTEGER (PAS)

Asegurarse de que la escena donde ocurrió el incidente sea segura. Es importante

¡Protegerse y proteger a la víctima!

ALERTAR

Se debe informar de inmediato a los servicios de emergencia.

SOCORRER

Realizar la evaluación del paciente. Lo más importante es reconocer el estado de consciencia de la víctima.

BIOSEGURIDAD

Siempre son importantes las medidas de autoprotección y de bioseguridad para no retrasar la atención médica en lesiones y enfermedades graves.

En estos momentos por precaución del COVID-19 **son imprescindibles.**

RECORDAR

- **P.A.S.** en base a nuestros conocimientos.
- **Seguir** los consejos sanitarios sobre distanciamiento y uso de equipo de protección personal.
- **Si la víctima responde**, animar a que use mascarilla.

En reanimadores legos (no formados), para atender un presunto caso o confirmado de COVID-19 son necesarias las siguientes acciones:

1. Identificación de la parada: No escuchar ni sentir la respiración colocando la oreja y mejilla cerca de la boca de la víctima.
2. Efectuar la llamada al 911
3. Si se percibe infección, colocar un paño sobre la boca y nariz de la víctima.
4. Iniciar RCP solo con compresiones torácicas.
5. Lavarse las manos con agua y jabón, luego utilizar alcohol en gel.
6. Ponerse en contacto con las autoridades sanitarias en caso de sospecha de COVID-19.

VALORACION PRIMARIA

Es una evaluación simultánea de la víctima que nos permite determinar el estado actual del paciente y evidenciar lesiones obvias.

X A B C D E

X: CONTROL DE LA HEMORRAGIA EXANGUINANTE

El abordaje de esta debe ser antes incluso del manejo de las vías aéreas, ya que epidemiológicamente, a pesar de la obstrucción de las vías aéreas, ya que puede ser responsable de la muerte de la víctima en un corto periodo de tiempo.

La mayor causa de muerte en los traumas son las hemorragias graves

A: VÍA AÉREA PERMEABLE CON CONTROL DE COLUMNA CERVICAL

- Se evalúa que el paciente respire.
- Se descartan objetos extraños.
- Se escucha el pasaje de aire.

Si hay dudas si respira o no se debe realizar el: **MES**

MIRO: Observo la expansión torácica.

ESCUCHO: La respiración.

SIENTO: La exhalación en la mejilla.



B: APOORTE DE OXÍGENO Y VENTILACIÓN

Se observa:

- El tórax y respiración para tener una evaluación de la cantidad y calidad de la respiración.
- La frecuencia respiratoria.
- La calidad de la respiración.

Edad	Frecuencia respiratoria normal
Neonato	30 - 50
0 - 5 meses	25 - 40
6 - 12 meses	20 - 30
1 - 3 años	20 - 30
3 - 5 años	20 - 30
6 - 10 años	15 - 30
11- 14 años	12 - 20
+ 14 años	12 - 20

C: CIRCULACIÓN Y CONTROL DE OTRAS HEMORRAGIAS

- Se debe evaluar y controlar las posibles hemorragias externas.



Imagen: Freepik.com

- Se controla el pulso.
- Se observa el color, temperatura y grado de humedad de la piel.

D: DÉFICIT NEUROLÓGICO

Se evalúa el nivel de consciencia, tamaño y reactividad pupilar.

Niveles de Consciencia:

- Nivel de consciencia 1: **A** PACIENTE **ALERTA**
- Nivel de consciencia 2: **V** PACIENTE **RESPONDE A LA VOZ**
- Nivel de consciencia 3: **D** PACIENTE **RESPONDE AL DOLOR**
- Nivel de consciencia 4: **I** PACIENTE **INCONSCIENTE**

Lugares para estimulación física

- Presión en la punta del dedo
- Pellizco en el trapecio
- Arco supra orbital

Examen Pupilar:

La reacción de las pupilas es un indicador de un posible daño neurológico, ya que responden a un estímulo de manera involuntaria por lo tanto vamos a poder observar la profundidad del daño generado.



E: EXPOSICIÓN

Se debe remover la ropa para garantizar un examen corporal total ya que la ropa puede absorber la sangre y pasar desapercibida.

Una vez observado esto se vuelve a cubrir para mantener el calor corporal.



EVALUACIÓN SECUNDARIA

- Se lleva a cabo una vez realizada la evaluación primaria.
- Se realiza una evaluación de cabeza a pies en busca de lesiones que amenacen extremidades.
- Si hay un deterioro en la vía aérea, la ventilación o circulación, se debe detener la evaluación secundaria para identificar las lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

Manual Washington de Medicina de Urgencias 2018

Actividades de Extensión Comunitaria



LIC. ISABEL ASIS

Coordinadora Sede IDICSA / LAVALLE

Las experiencias de campo que se realizan con los alumnos, son muy gratificantes dado que los docentes ven reflejado en el desempeño de estos, el resultado de cada uno de los objetivos y metas que se establecieron en cada espacio curricular de la carrera.

La Sede de IDICSA establecida desde hace 20 años en el Departamento de Lavalle, fue convocada a participar (como todos los años), en los festejos del Departamento.

En esta ocasión de los 244 años.

Los alumnos de 3° año de la carrera de enfermería fueron los seleccionados para participar en conjunto con otras escuelas de la zona, para armar un stand orientado a la temática “Cuidado del Medio Ambiente” y concursando con 25 stand pertenecientes a las demás Escuelas Lavallinas, ven el evento que se desarrolló en el Parque Nativo por dos noches consecutivas y con amplio despliegue musical, presencia de bandas, etc.

Es de destacar la predisposición del grupo en la organización de actividades de planificación, objetivos, división de tareas y metas a cumplimentar, lo que se vió reflejado desde la ornamentación del stand, reciclando materiales como tapas de gaseosas, botellas plásticas, cubiertas de automóviles en desuso, etc.

Con todo ese material fabricaron, sillones, banquitos, recipientes para residuos, y hasta un planisferio.

También el stand tenía un propósito gastronómico y para la manipulación y expendió de comida los alumnos designados, realizaron previamente un Curso de Manipulación de Alimentos dictado por la Municipalidad de Lavalle.

En esta actividad se vio reflejado el trabajo de equipo, responsabilidad, comunicación y principalmente la empatía hacia la Comunidad Lavallina.

Como broche de oro... y muy merecido... el stand de IDICSA / SEDE LAVALLE ganó el 1° Premio, que sumado a las ganancias de venta de alimentos, será utilizado por los alumnos, en la fiesta de egresados.

Esto demuestra que cuando las personas tienen claro sus objetivos, aprenden a trabajar en equipo y saben organizarse, se pueden lograr cosas importantes para la comunidad y la profesión ¡FELICITACIONES A LOS ALUMNOS!



Conociendo a la pionera de la enfermería moderna



Continuando con la leyenda de Florence Nightingale (1820-1910)

PRIMEROS AÑOS

Florence, que nació en 1820, era la segunda hija de William y Frances Nightingale, un matrimonio acomodado adepto de la doctrina unitaria (disidentes de la Iglesia Anglicana). Florence creció en una época de intensos cambios sociales, en un entorno de ideas liberales y reformistas. Su abuelo materno, William Smith, fue diputado durante 46 años, gran defensor de los derechos de los disidentes en materia religiosa y militante por la abolición de la trata de esclavos. Al participar algunos miembros de su familia en la vida política, no es de extrañar que Florence se sintiera profundamente interesada por los grandes problemas de su época.

La educación tanto de Florence como de Parthenope, su hermana mayor, fue supervisada por su padre, que había estudiado en la Universidad de Cambridge. Su programa de estudios comprendía el latín, el griego, la historia, la filosofía, las matemáticas, las lenguas modernas y la música. William Edward Nightingale fue un hombre de ideas progresistas en lo referente a la mejora de la sociedad y a la educación de la mujer, por lo que se ocupó de la educación de sus hijas con una seriedad que por lo general solía reservarse a la educación de los hijos varones. Si Parthenope se interesaba sobre todo por el dibujo, Florence siempre tuvo afición al estudio.

Durante los últimos años de su vida prestó una valiosa ayuda a Benjamin Jowett en la traducción de los Diálogos de Platón, lo que muestra la amplitud de su

erudición. Una mujer de la posición social de Florence tenía escasas oportunidades de aplicar en la práctica sus conocimientos. Era todavía una adolescente cuando empezó a sentir un conflicto entre su propia voluntad de acción y los placeres de la animada vida familiar social.

Su **“vocación”** A los 17 años, Florence, según recoge en unos apuntes personales, tuvo una experiencia mística: sintió su **“vocación”**, una experiencia decisiva que fortaleció su convicción de que no estaba hecha para una vida ordinaria. Entre los 20 y los 30 años, hubo frecuentes conflictos con sus padres que proyectaban el matrimonio para ella, pero logró mantener tenazmente su independencia. No era fácil encontrar una esfera de actividad que permitiera a Florence Nightingale encauzar su talento y sus aptitudes. A los 30 años, recordaba su frustración: “Siendo ya adulta, lo que más anhelaba era seguir una educación universitaria, adquirir conocimientos; pero aquello fue provisional”.

En 1848 se inauguró el Queen’s College, en el que se ofrecía un nuevo tipo de educación superior para la mujer, pero Florence no mostró el menor interés; estaba buscando ya un campo de acción, un modo de aprovechar unos conocimientos que ya eran considerables. Escribía por aquel entonces: Lo primero que recuerdo, y también lo último, es que quería trabajar como enfermera o, al menos, quería trabajar en la enseñanza, pero en la enseñanza de los delincuentes más que en la de los jóvenes. Sin embargo, yo no había recibido la educación necesaria para ello (Vicus y Nergaard, 1989, pág. 30).

En 1845, Florence, decidida por cualquier medio a aprender la enfermería en la práctica, había pedido

permiso a sus padres para atender a los enfermos en la Clínica Salisbury, cuyo médico jefe era un amigo de la familia. Pero no obtuvo el permiso, y no porque tuvieran algo en particular contra el hospital, sino porque sus padres consideraban que no era un trabajo adecuado para una dama de su posición social. Comentario de Florence sobre este asunto: “para ellos era como si hubiese decidido ser ayudante de cocina”.

Finalmente, llegó a la amarga conclusión de que sólo la viudez o la pobreza podían dar una ocasión de trabajar a una mujer con educación. Durante este triste periodo de su vida, recibió cierto estímulo del doctor Samuel Gridley Howe, el americano pionero en la enseñanza para ciegos, quien le aconsejó que perseverase en su vocación de enfermera a pesar de la consternación de familiares y amigos.

Cuando vivió en 1848 en Londres, Florence tuvo la oportunidad de enseñar durante varios meses a los niños pobres (sus “ladronzuelos”) en la Ragged School de Westminster. Esta experiencia le abrió los ojos ante el fenómeno de la pobreza y adquirió la certeza de que podía ser útil, pero, una vez más, no pudo hacer oídos sordos a los reparos de su familia: “Si pudiéramos ser educados – observó Florence – dejando al margen lo que la gente piense o deje de pensar, y teniendo en cuenta sólo lo que en principio es bueno o malo, ¡qué diferente sería todo!” (O’Maley, 1931, pág. 151).

UN HITO DECISIVO

En 1849, Florence se embarcó en un viaje cultural por Egipto y Grecia durante el que dedicó algún tiempo a tomar apuntes detallados sobre la situación social y sobre los vestigios arqueológicos. En el viaje de regreso, de paso por Alemania, el grupo visitó Kaiserswerth, cerca de Düsseldorf, lugar en el que el pastor Theodor Fliedner había fundado en 1836 un hospital que era además orfanato y escuela.

El personal de la institución estaba formado por “diaconisas” formadas por Fliedner y su esposa Caroline. A los treinta años, “la edad a la que Jesucristo comenzó su misión”, Florence volvió a Kaiserswerth para recibir una formación de enfermera, pese a la tenaz oposición de su familia. Florence demostró ser una alumna capacitada, y al cabo de tres meses de formación el pastor Fliedner le sugirió que publicara un relato sobre la vida en Kaiserswerth destinado a los lectores ingleses (Nightingale, 1851).

Florence, por su parte, estaba deseosa de dar a conocer Kaiserswerth como un lugar en el que las mujeres podían recibir una educación útil. El opúsculo, publicado anónimamente, comienza con una crítica a la educación que se impartía entonces a las mujeres: [...] aunque desde el punto de vista intelectual se ha dado un paso adelante, desde el punto de vista práctico no se ha progresado. La mujer está en desequilibrio. Su educación para la acción no va al mismo ritmo que su enriquecimiento intelectual (ibíd, pág. 3).

Este tema ya lo había desarrollado en 1846, en una carta a su padre, con respecto a la educación en general; y lo que llama la atención es que Florence no veía entonces ningún sistema sencillo para corregir la desigualdad entre la teoría y la práctica.

Su idea era: “hay que realizar ensayos, hay que emprender esfuerzos; algunos cuerpos tienen que caer en la brecha para que otros pasen sobre ellos...” (Vicinus y Nergaard, 1989, pág. 30). No hay que olvidar este comentario al examinar los orígenes de la Escuela Nightingale 14 años después. Florence Nightingale no encontró una aplicación inmediata a su recién adquirida formación, por lo que a su regreso de Kaiserswerth, en 1851, redactó un borrador de lo que ella denominó su “religión para artesanos”. Eran consideraciones filosóficas que publicó más tarde en tres volúmenes, en una edición privada, con el título *Suggestions for thought for searchers after religious truth* (Nightingale, 1860b).

En un capítulo de carácter semiautobiográfico titulado “Cassandra”, que es texto clave para entender la historia de la mujer del siglo XIX, lanzó un apasionado llamamiento a un nuevo tipo de educación: “Las mujeres anhelan una educación que les enseñe a enseñar, que les enseñe las reglas de la mente humana y cómo aplicarlas...” (Nightingale, 1860b, pág. 391). Como era característico en ella, tras haber expresado su idealismo, proseguía con su pragmatismo: “y sabiendo, en la situación actual, lo imperfecta que puede ser tal educación, anhelan una experiencia, pero una experiencia aplicada y sistematizada”.

Entre 1851 y 1854, Nightingale completó la instrucción práctica que había adquirido en Kaiserswerth visitando hospitales de Gran Bretaña y de Europa, y recogiendo información. Sistematizó todas estas experiencias analizando informes de hospitales y publicaciones oficiales sobre la sanidad pública. Cuando en 1853 visitó el Hospital Lariboisière en París, quedó favorablemente impresionada por sus salas, construidas a modo de pabellones. Estas salas estaban especialmente diseñadas para recibir la luz y el aire fresco, al tiempo que permitían que los “efluvios malignos” o “miasmas” pudieran disiparse entre los largos y estrechos bloques. Su estudio sobre la disminución de la mortalidad en Lariboisière contribuyó a confirmar la denominada “*teoría de los miasmas*”, que sostenía que la enfermedad surgía espontáneamente en los espacios sucios y cerrados.

Ésta había sido la base para el desarrollo de la sanidad pública en el Reino Unido a partir de 1830, con medidas tales como la construcción de alcantarillas y el suministro de agua pura a las ciudades. Entre los que se ocupaban de sanidad pública, los llamados “reformadores de la sanidad”, había pocos médicos; muchos eran ingenieros civiles y Edwin Chadwick, principal encargado de la sanidad en aquella época, trabajaba en una compañía de seguros.

En 1858, Louis Pasteur descubrió los “gérmenes” y probó que la enfermedad no aparecía espontáneamente. Esto sirvió de base a algunos científicos mé-



dicos para atacar los proyectos de los reformadores sanitarios; pero, aunque las premisas de éstos fuesen erróneas, puede afirmarse que sus conclusiones eran correctas y que sus reformas eran válidas.

El interés de Florence Nightingale por la higiene durante la guerra de Crimea, así como la importancia que dio al papel de la enfermera en la organización del entorno, se deben en gran medida a su forma de entender las causas de la enfermedad. Se distingue de los partidarios de la “teoría de los miasmas”, de su tiempo por la conexión tan personal que establece entre sus ideas científicas y religiosas.

Para Florence, Dios había creado la enfermedad de las miasmas para que el hombre pudiera conocer sus causas a través de la observación y prevenir así su reparación mediante la organización del entorno. Creía, por consiguiente, que las enfermeras, al encargarse de la higiene, tenían una oportunidad única para progresar espiritualmente, para descubrir la naturaleza de Dios mediante el aprendizaje de sus “leyes de la salud” (Nightingale, 1873).

Florence Nightingale consideraba que nunca se le había enseñado nada sobre la naturaleza de la enfermedad, ni siquiera en Kaiserswerth, sino que había aprendido a través de la experiencia, la observación y la reflexión, de modo que, cuando fue llamada a orga-

nizar la formación de enfermeras, intentó reproducir las condiciones en las que ella había aprendido la realidad evidente de la enfermedad.

Florence Nightingale sólo obtuvo su primer empleo en agosto de 1853; era un puesto que por fin le daba la oportunidad de aplicar sus conocimientos y su formación. Fue nombrada directora de un sanatorio para señoras de la alta sociedad, que se encontraba en Upper Harley Street, nº 1, en el West End de Londres, donde permaneció hasta el estallido de la guerra de Crimea.

Demostó ser una excelente gerente y, aunque en el trabajo diario tanto ella como sus enfermeras se atenían sin discusión a las indicaciones de los médicos, en todo lo referente al tratamiento y en sus relaciones con el comité de dirección impugnaba las decisiones y a veces hasta hacía caso omiso de ellas en interés de los pacientes.

Continuará en el próximo número

Este texto se publicó originalmente en Perspectivas: revista trimestral de educación comparada (París. UNESCO: Oficina Internacional de Educación), vol. XXVIII, nº 1, marzo 1998, págs. 173-189 ©UNESCO: Oficina Internacional de Educación, 2000 Este documento puede ser reproducido sin cargo siempre que se haga referencia a la fuente.

Respiración

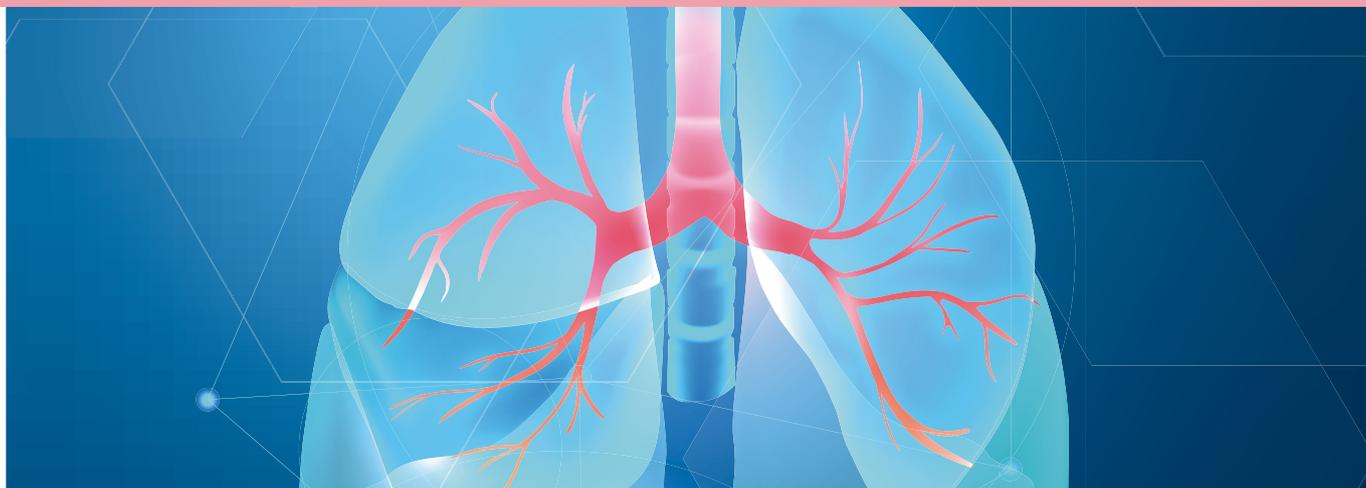


Imagen: Freepik.com

Autores

LIC. PROF. ESP. MG. PABLO CHINELLATO

LIC. PROF. PAOLA BATISTON

chinellatopenzo@gmail.com

paobatiston@gmail.com

1) CONCEPTO

La respiración puede definirse como la función que tiene por finalidad proporcionar a las células del organismo, la cantidad indispensable de O₂ y a la vez eliminar el CO₂ que resulta de la combustión celular. La función respiratoria consta de tres fases:

- a) Respiración externa o pulmonar;
- b) Transporte de gases (O₂ y CO₂ dióxido de carbono) por la circulación;
- c) Respiración interna o tisular.

RESPIRACIÓN EXTERNA:

MECÁNICA RESPIRATORIA:

El intercambio de gases entre la sangre y el aire tiene lugar en los alvéolos pulmonares. La renovación del aire se produce mediante los movimientos de expansión (inspiración) y retracción (expiración) de tórax y pulmón. Este desplazamiento obedece a un gradiente de presión entre el aire alveolar y el atmosférico.

Durante la inspiración se ensancha la cavidad tórácica, aumenta la negatividad intrapleurales, se expanden los pulmones y baja la presión alveolar por debajo de la atmosférica.

Durante la expiración los músculos inspiratorios se relajan determinando el fenómeno contrario. Inspiración:

resulta de la acción de los músculos intercostales externos y del diafragma que determinan la ampliación del tórax en sus tres diámetros (antero posterior - transversal y vertical).

2) REGULACIÓN DE LA RESPIRACIÓN:

El ritmo y la profundidad respiratoria se adaptan a las necesidades orgánicas. Si bien es posible hasta ciertos límites, regular y aún detener la respiración voluntariamente, lo normal es que se regule involuntariamente. En la regulación de la respiración interviene entre otros los siguientes mecanismos.

- a) El centro respiratorio que induce a una inspiración sostenida, está localizado en el bulbo raquídeo. La actividad de este centro se interrumpe rítmicamente mediante la acción del centro neumotáxico y de los pulmones;
- b) El centro neumotáxico es inhibitorio y se encuentra en el mesencéfalo. Produce la expiración;
- c) Pulmones: reflejo de Hering y Breuer. Al producirse la distensión pulmonar se origina en la pleura y grandes bronquios un estímulo nervioso, que inhibe el centro respiratorio;
- d) Otros factores que influyen sobre el centro respiratorio: actúan sobre el centro respiratorio directa e indirectamente a través de los quimiorreceptores factores tales como pCO₂, pO₂ pH. El aumento de la pCO₂ de la sangre arterial actúa directamente sobre el centro respiratorio estimulándolo. La hipoxia del centro respiratorio (arterioesclerosis, déficit de irrigación) deprime el centro respiratorio. La disminución del pH de la sangre arterial dentro de ciertos límites,

tiene efecto estimulante sobre el centro respiratorio y en consecuencia aumenta la frecuencia respiratoria;

e) Presorreceptores y Quimiorreceptores aórticos y carotídeos. Un aumento brusco de la presión sanguínea al actuar sobre los presorreceptores produce un reflejo inhibitorio importante. El descenso brusco de la presión sanguínea provoca aumento reflejo de la frecuencia y profundidad respiratoria.

Por otra parte, los quimiorreceptores cumplen un papel preponderante en el control de la respiración al ser estimulados por la CO₂, pO₂, pH, y por otras sustancias químicas como nicotina, cianuro, etc. Las variaciones de estas sustancias influyen en el centro respiratorio indirectamente a través de los quimiorreceptores.

5) TIPOS RESPIRATORIOS

Los dos tipos respiratorios, torácicos y abdominales, se ponen de manifiesto por el grado de desplazamiento del tórax o del abdomen. La respiración normal incluye ambos tipos de movimientos, predominando en las mujeres el componente torácico y en los niños y hombres el abdominal.

6) CARACTERÍSTICAS DE LA RESPIRACIÓN:

Las características principales de la respiración son:

- Frecuencia
- Amplitud
- Ritmo

a) Frecuencia: se denomina frecuencia al número de respiraciones completas que se perciben por minuto de manera inconsciente y sin esfuerzo. Los valores normales son:

12 - 20 en el adulto
20 - 25 en el niño
30 - 40 en lactantes
40 - 60 en recién nacidos.

Es menor durante el sueño y aumenta durante la digestión, ejercicios físicos y emociones.

b) Amplitud respiratoria: está dada por la normal distensión de la caja torácica y de la pared abdominal correspondiente a cada tipo respiratorio;

e) Ritmo: relación normal entre inspiración y espiración, siempre la inspiración es menor que la espiración. Existe una relación 2/3 entre ambos movimientos. La respiración normal se denomina Eupnea.

7) CONTROL DE LA RESPIRACIÓN:

EQUIPO:

- Reloj con segundero
- Lápiz y ficha de registro

PROCEDIMIENTO:

- El paciente se encontrará en reposo tanto físico como mental, puede estar sentado o acostado en tanto que el operador puede sostenerle la muñeca simulando controlar el pulso.
Con estas maniobras se evitan modificaciones de la respiración por la actividad y el hecho de que el paciente sepa que se lo está observando.
- Si el paciente es un niño el operador podrá colocar su mano sobre la parte inferior del tórax o sobre el abdomen a fin de facilitar el control de la frecuencia respiratoria.
- Se contarán los movimientos respiratorios durante un minuto observando el ritmo y la amplitud.
- Se observará además la presencia de características anormales que indiquen alteraciones de la función respiratoria.
- Registrar.

RESPIRACIÓN: ALTERACIÓN EN SUS CARACTERÍSTICAS

La respiración normal consiste en el ascenso y descenso rítmico de la pared torácica y del abdomen que se realiza unas 20 veces por minuto en el adulto (de manera inconsciente y sin esfuerzo) de 20 a 25 en los niños y 30 a 40 en los lactantes. En condiciones normales existe una relación bastante uniforme entre la frecuencia de la respiración y el pulso en la proporción de una respiración por cada 4 o 5 pulsaciones.

1) ALTERACIONES DE LA FRECUENCIA

- a) Respiración lenta:
- Bradipnea:** Disminución de la frecuencia acompañada generalmente por un aumento de la profundidad.
- b) Respiración acelerada:
- Taquipnea:** Aumento de la frecuencia respiratoria.
- Hiperpnea:** Aumento de la frecuencia y de la profundidad respiratoria.

2) ALTERACIONES DE LA AMPLITUD RESPIRATORIA

- a) Respiración superficial:** Caracterizada por disminución de la amplitud, se observa en procesos dolorosos que alteran la dinámica respiratoria. Generalmente se acompaña de taquipnea;
- b) Respiración profunda:** Caracterizada por aumento de la amplitud respiratoria. Se acompaña generalmente de bradipnea.

La respiración profunda más típica es la "Respiración de Kussmaul".

Consiste en inspiraciones profundas y ruidosas seguidas de una pausa (apnea) que puede alcanzar hasta 5 segundos; luego le sucede una espiración breve y

quejumbrosa, seguida de una nueva pausa, más larga, hasta de 45 segundos. Se observa en casos de acidosis. Tiene como objeto aumentar la ventilación pulmonar para así eliminar más CO₂ y disminuir la acidosis.

3) ALTERACIÓN DEL RITMO RESPIRATORIO

a) Respiración de Cheyne Stockes: Se producen períodos de apnea y a continuación comienzan los movimientos respiratorios, primero más superficiales, luego más amplios, hasta llegar a un máximo, para luego ir decreciendo hasta llegar nuevamente a una fase de apnea.

El ritmo de Cheyne Stockes se inicia cuando un cierto grado de hipoxia vuelve hipoexitable al centro respiratorio, lo que lleva a la apnea. Esta a su vez exagera la hipoxia y determina la acumulación de CO₂.

El centro respiratorio recibe entonces un doble estímulo: a partir de los quimiorreceptores y directamente por la hipercapnia iniciándose un nuevo ciclo.

b) Respiración de Biot: caracterizada por períodos de apnea de duración variable (5 a 30 segundos) seguidas de respiraciones profundas, se diferencia de la de Cheyne Stockes porque no son progresivas. Se observa en los procesos meningíticos y otros trastornos del Sistema Nervioso Central.

4) ALTERACIONES DE LA EXPANSIÓN TORÁCICA

a) Retracciones torácicas inspiratorias:

Tiraje: Normalmente durante la inspiración no se produce el hundimiento de los espacios intercostales. Excepcionalmente se observa hundimiento en la región infraaxilar en individuos muy delgados durante el comienzo de la inspiración.

Cuando existe un obstáculo en la penetración del aire impidiendo la libre expansión del pulmón, la presión atmosférica deprime las partes blandas del tórax. Esto se denomina tiraje y se producen en la fase inspiratoria.

Puede ser:

- Bilateral: cuando el obstáculo asienta antes de la bifurcación traqueal.
- Unilateral: por obstrucción o estenosis de un bronquio principal del pulmón
- Localizadas: por obliteración de pequeños bronquios o condensaciones pulmonares.

b) **Abovedamientos torácicos espiratorios:** En el enfisema y durante el acto de la tos se puede observar ligero abovedamiento de las fosas supraclaviculares.

5) OTRAS ALTERACIONES DE LA RESPIRACIÓN

Disnea: Dificultad para respirar que se acompaña generalmente con aumento de la frecuencia respiratoria, irregularidad en el ritmo, tiraje, tos, Cornaje, sibilancia, aleteo nasal, cianosis o palidez, quejido espiratorio.

Ortopnea o disnea de decúbito: Dificultad para respirar en el decúbito dorsal. La disnea aparece o se acentúa cuando el enfermo se acuesta disminuyendo con la posición erecta del tronco, la cabeza inmóvil y los brazos fijos tratando de favorecer el juego de todos los músculos inspiradores, especialmente el diafragma. La disnea de decúbito se produce por el aumento de la presión en el circuito pulmonar a la que se agrega una redistribución de la sangre que proviene de las extremidades.

Cianosis: coloración azulada de piel y mucosa (labios, orejas, uñas, dedos) por una insuficiente saturación de O₂ en la sangre arterial.

Apnea: Cese de la respiración.

Acapnia: Disminución del CO₂ en la sangre. **Hipercapnia:** Aumento del CO₂ en la sangre. **Hipoxia:** Disminución del O₂ en los tejidos.

Hipoxemia: Disminución del O₂ en la sangre.

Ruidos: roncus y sibilancias: Indican disminución de la luz bronquial, son más intensos en la espiración. Los roncus se originan en bronquios grandes y son sonidos de tonalidad grave. Las sibilancias son sonidos de tonalidad aguda y se originan en bronquios pequeños. **Cornaje:** Sonido intenso, parecido al soplido de un cuerno. Indica estrechamiento de porciones superiores del tubo aéreo: laringe, tráquea, bronquios gruesos.

Tos: Es un reflejo que consiste en una espiración brusca destinada a expulsar elementos irritantes de la laringe, la tráquea o los bronquios, aunque también puede deberse a irritaciones. Cuando no hay secreciones se denomina tos seca y si se acompaña de ellas tos húmeda o productiva.

Las secreciones o expectoración son blanquecinas si se deben a inflamaciones alérgicas, amarillo verdoso si corresponden a infección bacteriana y del color del herrumbre en las neumonías. La expulsión brusca por la tos de gran volumen de secreciones se denomina vómica.

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON ALTERACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

Es posible recurrir a diversas modalidades de tratamiento cuando se atiende a enfermos con alteraciones de la función respiratoria. Las modalidades más comunes incluyen oxigenoterapia, drenaje postural y ejercicios respiratorios.

La oxigenoterapia es la administración de oxígeno en una concentración mayor de la que está en el ambiente atmosférico. El gas puede administrarse de diversas formas siendo las más frecuentes mascarillas y cánulas nasales. El oxígeno puede administrarse además a través de tubos endotraqueales o de traqueotomía. Previamente a la administración de oxígeno es indispensable el mantenimiento de vías aéreas permeables, siendo para ello necesario, en algunos casos, recurrir a la aspiración de secreciones bucales, faríngeas y traqueales.

El drenaje postural tiene como objetivo eliminar las secreciones desde las vías aéreas bronquiales más pequeñas a los bronquios principales y tráquea.

Para ello se colocará al paciente en determinadas posiciones de modo que la fuerza de la gravedad permita el drenaje de las secreciones.

La rehabilitación entraña la práctica de ejercicios respiratorios que tienen la finalidad de corregir deficiencias respiratorias y aumentar la eficacia de esta función. Se enseñará al paciente a respirar en forma profunda, rítmica y relajada.

Otras medidas de orden general incluyen el mantenimiento de una posición que favorezca la función respiratoria. Como lo es la de Fowler y semiFowler. La observación cuidadosa y detallada de las alteraciones que el paciente pueda presentar y la conducta adecuada ante estas situaciones posibilitarán una correcta atención.

FRECUENCIA RESPIRATORIA

CONCEPTO

Es el acto de respirar que incluye la entrada de oxígeno y la salida de dióxido de carbono, MEDIDOS EN UNA UNIDAD DE TIEMPO, cantidad de ciclos por minuto.

OBJETIVOS

- Valorar el estado de salud o enfermedad
- Ayudar a establecer un diagnóstico de salud
- Identificar patrones basales del paciente

TIPOS DE RESPIRACIONES

- **Respiración externa:** Se refiere al intercambio de oxígeno o dióxido de carbono entre los alvéolos pulmonares y la sangre pulmonar
- **Respiración interna:** Tiene lugar en todo el cuerpo y consiste en el intercambio de estos mismos gases entre circulación sanguínea y las células de los tejidos corporales.
- **Inhalación o inspiración:** se refiere a la toma de aire hacia el interior de los pulmones
- **Exhalación o expiración:** se refiere a la eliminación o movimiento de gases desde los pulmones a la atmósfera
- **Ventilación:** nos referimos al movimiento del aire dentro y fuera de los pulmones
- **Hiperventilación:** se da cuando hay respiración muy profunda y rápida
- **Hipo ventilación:** cuando hay respiración muy superficial

Respiración observada por el personal de enfermería

- **Costal (torácico):** es la que involucra los músculos intercostales externos y otros músculos accesorios

como los Esternocleidomastoideo (movimientos del pecho hacia arriba y hacia abajo).

- **Diafragmática (abdominal):** involucra principalmente la contracción y relajación del diafragma, se observa por el movimiento del diafragma al contraerse (su movimiento hacia abajo).

Valoración respiratoria

La respiración en reposo debe ser valorada, así como también durante el ejercicio ya que esta puede afectarse e incrementarse su frecuencia y profundidad.

Se debe considerar antes valorar la respiración:

- El patrón respiratorio normal
- La influencia de los problemas del cliente sobre la respiración.
- Cualquier medicamento o terapia afectar la puede afectar la respiración, como así también la relación que existente entre la respiración y la función cardiovascular.

Se valora:

- **Frecuencia:** es el número de respiraciones completas que se perciben por minuto de manera inconsciente y sin esfuerzo.
- **Amplitud respiratoria:** está dada por la normal distensión de la caja torácica y de la pared abdominal correspondiente a cada tipo respiratorio.
- **Ritmo:** relación normal entre inspiración y expiración, siempre la inspiración es menor que la expiración. Existe una relación 2/3 entre ambos movimientos.

La respiración normal se denomina Eupnea: Respiración con frecuencia y ritmos normales.

Alteraciones:

Respiración superficial: Caracterizada por disminución de la amplitud, se observa en procesos dolorosos que alteran la dinámica respiratoria. Generalmente se acompaña de taquipnea.

Respiración profunda: Caracterizada por aumento de la amplitud respiratoria. Se acompaña generalmente de bradipnea.

Apneas: Breve periodo durante el cual cesa la respiración. Bradipnea: lentitud anormal de la respiración.

Cheyne stokes: Respiración rápida y profunda seguida por apnea.

Respiración de Biot: caracterizada por períodos de apnea de duración variable (5 a 30 segundos) seguidas de respiraciones profundas, se diferencia de la de Cheyne Stockes porque no son progresivas.

Disnea: Dificultad para respirar o respiración dolorosa.

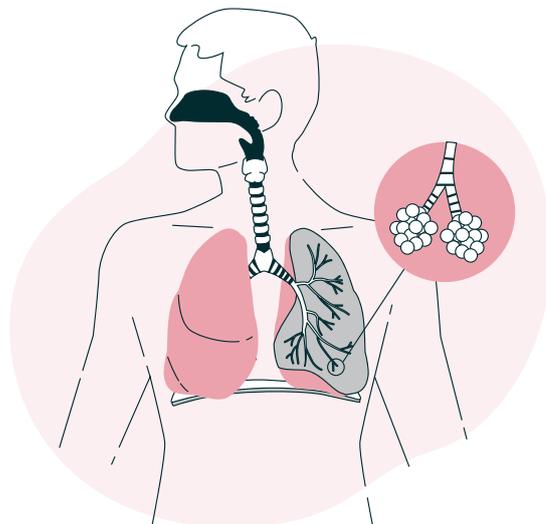
Hiperpnea: Aumento anormal de la profundidad y frecuencia de los movimientos respiratorios.

Kussmaul: Respiraciones rápidas profundas y sin pausas.

Ortopnea: Incapacidad de respirar cuando se está en posición horizontal.

Polipnea: Condiciones en que se aumenta la frecuencia respiratoria.

Taquipnea: Rapidez excesiva de la respiración en los movimientos superficiales



TÉCNICA: CONTROL DE LA RESPIRACIÓN

OBJETIVO

- Conocer datos basales para realizar comparaciones futuras.
- Controlar las respiraciones anormales e identificar las alteraciones.
- Evaluar la respiración antes de administrar medicamentos que influyan en la misma.
- Controlar los pacientes con riesgo de sufrir trastornos respiratorios (enfermedad pulmonar obstructiva, infecciones respiratorias, etc.)

EQUIPO

- Reloj con segundero.
- Bolígrafo.
- Hoja de Cuadro Clínico o de Signos Vitales.

PROCEDIMIENTO

Procedimiento	Fundamentación científica
1. Preferentemente, se debe realizar a continuación del control del pulso.	El paciente no debe saber que se le está controlando la respiración, pues puede regularla voluntariamente.
2. Colocar al paciente en una posición cómoda, preferentemente sentado o en decúbito dorsal con la cabeza elevada.	Esta posición favorece el movimiento respiratorio.
3. Poner una mano sobre el tórax del paciente para sentir los movimientos del mismo o bien poner el miembro superior del paciente sobre su propio tórax.	
4. Observar el ciclo respiratorio completo (una inspiración y una espiración).	La frecuencia se determina con precisión sólo cuando el profesional ha observado el ciclo respiratorio.
5. Observado el ciclo, mirar el segundero del reloj y empezar a medir la frecuencia durante 60 segundos.	Para observar la profundidad fijarse en el movimiento del tórax, en la profunda se intercambia un volumen de aire grande, en la superficial el aire que se intercambia es caso.
6. Detectar las características de la respiración (frecuencia, profundidad, ritmo, ruidos, etc.).	El ritmo puede ser regular o irregular.
7. Registrar en la hoja de Enfermería.	En condiciones normales la respiración es silenciosa y sin esfuerzo.

- El control se debe hacer con el paciente en reposo, tranquilo, lejos de la ingesta de alimentos, la temperatura corporal y ambiental alteran las características de la respiración.
- Se debe valorar color de mucosas y piel, posición asumida para respirar, movimiento torácico.
- El registro se debe realizar en la hoja de Enfermería en la Hoja de los Signos Vitales.
- Fecha y hora en la que se realizó el control.
- Valor numérico y características observadas.
- Firma del profesional.

Valores normales de la respiración

- **Recién nacido:** 40 a 60 x minuto
- **Preescolar:** 30 a 35 x minuto
- **Escolar:** 25 x minuto
- **Adulto:** 16 a 20 x minuto
- **Vejez:** 14 a 16 x minuto

BIBLIOGRAFÍA

- Schannwell CM, Steiner S, Strauer BE. Diagnostics in pulmonary hypertension. J Physiol Pharmacol. 2007 Nov;58 Suppl 5(Pt 2):591-602.
- STINSON KIAD, Pamela; STURT, Patty. Manual de Urgencias en Enfermería. 2ª edic. Madrid. España. Harcourt-Brace. 1998.
- Torres A, Burgos F, Casán P, Gravalos J, Martínez Moratalla J, Pi-Sunyer T. Normativa sobre el control microbiológico en los equipos de función y terapia respiratoria. Recomendaciones SEPAR. 18. Barcelona: Doyma, 1995.
- TORRES, Felicitas H. Instrumentación en el Quirófano. 2ª edic. México. Interamericana. 1987.
- Turmalina I Salgado H, José Miguel E Gómez C, Ulises W Cerón. Relación entre la p50 al ingreso a la Unidad de Terapia Intensiva y la mortalidad. Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int 2012; 26(1):11- 20
- VIAGGIO, ROVERES y DE CASTRO. Elementos de Instrumentación Quirúrgica. 3ª edic. Bs. As. Akadia. 1999.

Encontrá toda la info en nuestros canales

ESTAMOS EN CONTACTO

Instituto de la Sanidad



Instituto de la Sanidad IDICSA



/InstitutoDeLaSanidadMza



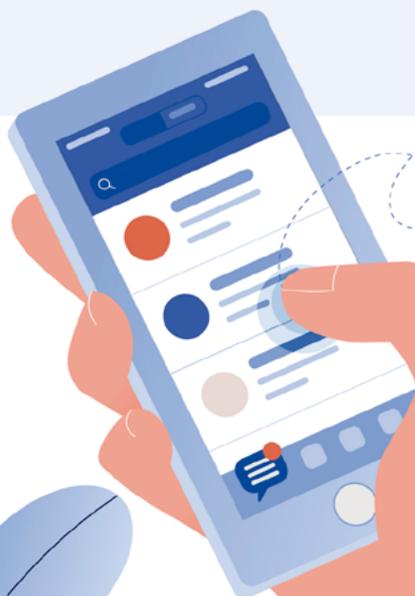
@instisanidad



2616822974

www.institutosanidadmza.com.ar

Pedinos el link de la Biblioteca Digital





INSTITUTO DE DOCENCIA,
INVESTIGACIÓN Y CAPACITACIÓN
LABORAL DE LA SANIDAD

Formate en Profesiones Esenciales

INSTITUTO DE LA SANIDAD

« Una puerta al desarrollo de la Salud »

Tecnicatura Superior en Administración de la Salud

Duración: 3 años

Título: Técnico Superior en Administración de Empresas de Salud
según resolución N° 107/2000 - DGE

Enfermería Profesional

Duración: 3 años

Título: Enfermero/a profesional
según resolución N° 2679 - DGE - 2015



✉ instisanidadmza@gmail.com

☎ 2616822974

📍 Morón 265, Mendoza