

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN



# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez  
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio  
Neris Marina Ortega Guevara  
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios  
Marcos Elpidio Pérez Ruiz  
Elsa Josefina Albornoz Zamora  
Ana Hilda Márquez de González  
Efrén Orlando Fernández Briceño  
Roberto Enrique Alvarado Chacón.  
Luis Hermman Rodríguez Rangel  
Dewis Esqueila Brice Hernández  
Joselin Lissette Cepeda Cepeda  
Paolina Antonieta Figuera Ávila

EDICIONES **MAWIL**

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## *Autores Investigadores*

### **Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez**

Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;  
Especialista en Enfermería Perioperatoria;  
Licenciada en Enfermería; Coordinadora de la Carrera de Enfermería,  
Universidad Metropolitana Guayaquil; Guayaquil, Ecuador;  
yanetziarteaga@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1004-255X>

### **Cruz Xiomara Peraza de Aparicio**

PhD. en Ciencias de la Educación;  
PhD. en Desarrollo Social;  
Especialista en Medicina General de Familia Médico Cirujano;  
Docente Titular de la Universidad Metropolitana,  
Carrera de Enfermería; Guayaquil, Ecuador;  
xiomaparicio199@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-2588-970X>

### **Neris Marina Ortega Guevara**

PhD. en Enfermería Salud y Cuidado Humano;  
Magíster en Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;  
Especialista en Enfermería Perioperatoria;  
Licenciada en Enfermería;

Docente titular de la Universidad Metropolitana,  
Carrera de Enfermería; Guayaquil, Ecuador  
neris\_marina@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-5643-5925>

**Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios**

Magíster en Gerencia Hospitalaria;  
Especialista en Cuidado Critico Adulto;  
Licenciada en Enfermería;

Docente titular de la Universidad Metropolitana,  
Carrera de Enfermería; Guayaquil, Ecuador;  
yoskyrabarrios@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0002-1542-3351>

**Marcos Elpidio Pérez Ruiz**

PhD. en Ciencias Biológicas,  
Magíster en Medicina Natural y Bioenergética;  
Licenciado en Cultura Física y Deporte;

Docente titular de la Universidad Metropolitana,  
Carrera de Enfermería; Guayaquil, Ecuador;  
pmarcoselpidio@gmail.com;

 <https://orcid.org/0000-0002-8040-283X>

**Elsa Josefina Albornoz Zamora**

PhD en Ciencias de la Educación;  
PhD en Gerencia de la Administración Pública;  
Magister Scientiarum en Investigación Educativa;  
Magister en Ciencias de la Orientación de la Conducta;  
Especialista en Docencia Universitaria; Especialista en Salud Pública;  
Licenciada en Enfermería, Tesista de Filosofía;

Docente Titular de la Universidad Metropolitana;  
Carrera de Enfermería; Guayaquil, Ecuador;  
ealbornoz@umet.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-1382-0596>

**Ana Hilda Márquez de González**

Licenciada en Biología; Mención Biología Celular;  
Doctor en Ciencias Biológicas; Docente Titular Agregado 1;  
Universidad Metropolitana, Carrera de Enfermería; Quito, Ecuador;  
amarquez@umet.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0002-7958-420X>

**Efrén Orlando Fernández Briceño**

Licenciado en Enfermería;  
Técnico Docente de la Universidad Metropolitana;  
Carrera de Enfermería; Guayaquil, Ecuador;  
efernandez@umet.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0002-5810-4350>

**Roberto Enrique Alvarado Chacón**

PhD. en Enfermería Salud y Cuidado Humano;  
Magíster en Enfermería en Salud Reproductiva;  
Especialista en Investigación en el Fenómeno de las Drogas;  
Licenciado en Enfermería; Abogado;  
Docente titular Agregado 1 de la Universidad Metropolitana;  
Carrera de Enfermería; Quito, Ecuador;  
r.alvarado@umet.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0002-8883-3140>

**Luis Hermman Rodríguez Rangel**

Magister en Enfermería Cuidado Integral al Adulto Críticamente Enfermo;  
Licenciado en Enfermería;  
Docente Ocasional de la Universidad Metropolitana;  
Carrera de Enfermería; Guayaquil, Ecuador;  
hrodriguez@umet.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-4593-0271>

**Dewis Esqueila Brice Hernández**

Magister en salud Comunitaria;  
Especialista en Técnicas Quirúrgicas;  
Licenciada en Enfermería;  
Docente Invitada de la Universidad Metropolitana;

Carrera de Enfermería; Coruña, Ecuador;  
dewisb21@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-7532-3419>

**Joselin Lissette Cepeda Cepeda**

Maestra en Gestión de los Servicios de la Salud;  
Licenciada en Enfermería;

Docente Ocasional de la Universidad Metropolitana;  
Carrera de Enfermería; Guayaquil, Ecuador;  
jcepeda@umet.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0001-7506-6766>

**Paolina Antonieta Figuera Ávila**

Magister Scientiarum en Gerencia en Salud Pública;  
Licenciada en Enfermería Docente Ocasional de la  
Universidad Metropolitana; Carrera de Enfermería; Quito, Ecuador;  
pfiguera@umet.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0002-7270-4408>

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

*Revisores Académicos*

**MGS. Bárbara Miladys Placencia López**

Máster en Urgencias Médicas;

Licenciada en ENFERMERÍA;

Universidad Estatal del Sur de Manabí; Jipijapa, Ecuador;

miladys.placencia@unesum.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-4970-2305>

**MGS. Jacqueline Beatriz Delgado Molina LCDA**

Magister en Gerencia y Salud para el Desarrollo Local

Licenciada en Enfermería; Universidad Estatal del Sur de Manabí;

Jipijapa, Ecuador; jacqueline.delgado@unesum.edu.ec

 <https://orcid.org/0000-0003-0711-0934>

# Catálogo Bibliográfico

## AUTORES:

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez  
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio  
Neris Marina Ortega Guevara  
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios  
Marcos Elpidio Pérez Ruiz  
Elsa Josefina Albornoz Zamora  
Ana Hilda Márquez de González  
Efrén Orlando Fernández Briceño

Roberto Enrique Alvarado Chacón.  
Luis Hermman Rodríguez Rangel  
Dewis Esqueila Brice Hernández  
Joselin Lissette Cepeda Cepeda  
Paolina Antonieta Figuera Ávila

**Título:** Proceso de atención de enfermería en urgencia y otros niveles de atención.

**Descriptor:** Ciencias Médicas; Enfermería; Atención médica; Investigación médica.

**Código UNESCO:** 3213 Cirugía; 3213.99 Técnicas quirúrgicas

**Clasificación Decimal Dewey/Cutter:** 610.7/Ar759

**Área:** Ciencias Médicas

**Edición:** 1<sup>era</sup>

**ISBN:** 978-9942-602-30-5

**Editorial:** Mawil Publicaciones de Ecuador, 2022

**Ciudad, País:** Quito, Ecuador

**Formato:** 148 x 210 mm.

**Páginas:** 228

**DOI:** <https://doi.org/10.26820/978-9942-602-30-5>



Texto para docentes y estudiantes universitarios

El proyecto didáctico **Proceso de atención de enfermería en urgencia y otros niveles de atención**, es una obra colectiva escrita por varios autores y publicada por MAWIL; publicación revisada por el equipo profesional y editorial siguiendo los lineamientos y estructuras establecidos por el departamento de publicaciones de MAWIL de New Jersey.

© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

**Director Académico:** PhD. Jose María Lalama Aguirre

**Dirección Central MAWIL:** Office 18 Center Avenue Caldwell; New Jersey # 07006

**Gerencia Editorial MAWIL-Ecuador:** Mg. Vanessa Pamela Quishpe Morocho

**Editor de Arte y Diseño:** Lic. Eduardo Flores, Arq. Alfredo Díaz

**Corrector de estilo:** Lic. Marcelo Acuña Cifuentes

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

# ÍNDICE



PRÓLOGO.....	14
INTRODUCCIÓN.....	16
<b>CAPÍTULO I</b>	
CUIDADO Y ATENCIÓN EN ENFERMERÍA.....	19
<b>CAPÍTULO II</b>	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO.....	55
<b>CAPÍTULO III</b>	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS .....	97
<b>CAPÍTULO IV</b>	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS .....	130
<b>CAPÍTULO V</b>	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A MUJERES EMBARAZADAS EN ESTADO CRÍTICO.....	177
<b>CAPÍTULO VI</b>	
CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS .....	198
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	218

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## ÍNDICE TABLAS



Tabla 1. Descripción de los tipos de datos obtenidos.....	34
Tabla 2. Dominio y clases de NANDA.....	44
Tabla 3. Dominios y clases de la clasificación NOC.....	47
Tabla 4. Campos y clases de la clasificación NIC.....	50
Tabla 5. Alternativas de solución.....	75
Tabla 6. Plan de cuidados enfermeros en Cuidados Intensivos.....	76
Tabla 7. Clasificación de las medidas de tensión arterial (mg: miligramos; Hg: mercurio en el estegmamómetro.....	100
Tabla 8. Planes de cuidado con la estructura NANDA.....	123
Tabla 9. Planes de cuidado con la estructura NANDA.....	124
Tabla 10. Planes de cuidado con le estructura NANDA.....	125
Tabla 11. Plan de cuidado diagnóstico real.....	126
Tabla 12. Plan de cuidado: diagnóstico de riesgo.....	127
Tabla 13. Plan de cuidado. Diagnóstico de bienestar.....	128
Tabla 14. Eje 1. Salud/autocuidados (objetivo específico).....	159
Tabla 15. Salud7autocuidados (objetivo específico 2).....	160
Tabla 16. EJE 1: Salud/autocuidados (objetivo específico 3).....	161
Tabla 17. eje 1: Salud/autocuidados (objetivo específico 4).....	162
Tabla 18. EJE 1: Salud/autocuidados (objetivo específico 5).....	163
Tabla 19. EJE 2: Psicopatología.....	164
Tabla 20. EJE 3: Consumo.....	165
Tabla 21. EJE 4: Familiar.....	166
Tabla 22. Consumo de drogas y sustancias.....	169
Tabla 23. Percepcion manejo salud.....	170
Tabla 24. Higiene.....	171
Tabla 25. Actividad ejercicio/descanso.....	172
Tabla 26. Cognitivo-perceptivo/autoestima y autopercepcion.....	173
Tabla 27. Sexualidad reproduccion.....	174
Tabla 28. Nutricional-metabolico eliminacion.....	175
Tabla 29. Indicadores de riesgo en mujeres gestantes.....	181
Tabla 30. Clasificación de las quemaduras.....	200
Tabla 31. Agentes etiológicos de las quemaduras.....	202
Tabla 32. Manifestaciones clínicas de las quemaduras.....	204

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## ÍNDICE ILUSTRACIONES



Ilustración 1. Cualidades del PAE .....	26
Ilustración 2. Valoración en enfermería .....	33
Ilustración 3. estructura de la clasificación NANDA .....	42
Ilustración 4. ejes de la taxonomía NANDA .....	43
Ilustración 5. Estructura de la taxonomía NIC.....	50
Ilustración 6. Árbol de problemas .....	73
Ilustración 7. Árbol de soluciones .....	74
Ilustración 8. Logaritmo de actuación en intoxicación aguda .....	154
Ilustración 9. Proceso de tratamiento y atención drogodependencia.....	155
Ilustración 10. Regla de los 9.....	201
Ilustración 11. Zonas de daño fisiopatológico por quemaduras. Adaptación del modelo de Jackson para quemaduras .....	203

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

# PRÓLOGO





# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## INTRODUCCIÓN



El fruto de las experiencias e indagaciones científicas, de los profesionales de la salud, constituye una fuente permanente de actualización y mejoramiento de los elementos para hacer frente a las diversas y complejas situaciones que tienen que afrontar diariamente en las áreas de emergencia de los centros de atención de salud.

De allí la relevancia de los encuentros, congresos y demás eventos científicos, donde los profesionales, también dedicados a la investigación, tienen la oportunidad de compartir sus experiencias, dar a conocer sus innovaciones y enterarse de las posibles complicaciones con las cuales hay que lidiar en los centros asistenciales.

De estos trabajos de recopilación, análisis, sistematización de experiencias e indagaciones de los profesionales de enfermería, surge el presente texto, cuya lectura se aspira a que redunde en el enriquecimiento de la formación de las nuevas cohortes de trabajadores de la salud y, al final, en un mejoramiento de la capacidad de respuesta de las instituciones de atención de salud del país.

El texto presente puede servir además para los estudiantes que cursan las materias correspondientes en las diferentes escuelas y centros de estudio, en el campo de las ciencias de la salud y, específicamente, Enfermería. En este sentido, se ha estructurado el presente volumen de la manera siguiente.

En el **CAPÍTULO I**, se expondrán los conceptos básicos y premisas que animan el **CUIDADO Y ATENCIÓN EN ENFERMERIA**, sistematizando elementos claves de las teorías de esa disciplina, especialmente los que se derivan de la reflexión del concepto de cuidado que es central en la profesión, así como sus consecuencias prácticas.

En el **CAPÍTULO II**, titulado **EL PACIENTE CRÍTICO**, se centra la atención en este tipo de paciente que requiere unas respuestas específicas y oportunas. Además se reafirma la necesidad de modelos de atención

de enfermería para este tipo de pacientes, analizando los requerimientos de los diferentes protocolos y las técnicas y prácticas necesarias para brindar una atención adecuada, segura y satisfactoria.

Luego de estos capítulos iniciales en los que se exponen los conceptos generales de la atención de enfermería, el presente texto se focaliza en las diferentes categorías de casos que se presentan en los centros asistenciales. Así, El CAPÍTULO III se focaliza en la ATENCIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS.

Seguidamente, en el CAPÍTULO IV se aborda la ATENCIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS, fenómeno de salud de gran relevancia actual en Ecuador.

A continuación, en el CAPÍTULO V, se exponen las observaciones, conceptos y recomendaciones que se dirigen a la ATENCIÓN Y CUIDADO A MUJERES EMBARAZADAS EN ESTADO CRÍTICO.

Para finalizar, en el CAPÍTULO VI se exponen los elementos de la ATENCIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## CAPÍTULO I CUIDADO Y ATENCIÓN EN ENFERMERÍA



## 1.1. *El concepto de cuidado*

La profesión de la Enfermería tiene como concepto fundamental el de **cuidado**, el cual constituye el eje primordial del perfil profesional plasmado en los planes de estudio de la carrera, además de ser la orientación principal de la práctica de una profesión esencial en la atención sanitaria en todo el mundo. La relevancia del concepto se manifiesta en la diversidad de enfoques que la abordan desde diferentes orientaciones filosóficas y prácticas, aunque existe un consenso de partida de todas estas perspectivas en cuanto a que es el cuidado un componente esencial de toda atención sanitaria.

Desde un punto de vista antropológico e histórico, el **cuidado** es un ideal universal, que forma parte y ocupa un lugar especial en prácticamente todas las culturas, con algunas variantes, por supuesto, de acuerdo con los sistemas de creencias y concepciones del mundo de las diversas sociedades.

Por ello, en este capítulo se reúnen y sistematizan las líneas básicas de la reflexión acerca del concepto del **cuidado**, central en la profesión de la Enfermería, que da significación a los aspectos prácticos de su ejecución concreta, así como los lineamientos académicos de su formación universitaria.

Se asume que el cuidado en la enfermería se dirige fundamentalmente a ayudar al individuo (enfermo o sano) a realizar aquello que conduce a mantener su salud, a recuperarla o a morir de una manera tranquila, que podría llevar a cabo por sí solo, si tuviera la fortaleza, la voluntad o el conocimiento que ello requiere. De igual modo, representa una contribución única de la enfermería contribuir a que el individuo se independice de dicha ayuda lo antes posible (1). En otras palabras, los cuidados deben lograr, como perspectiva, que el individuo pueda valerse por sí mismo lo antes posible y adquiera así la autonomía.

La experiencia de muchas décadas ha consolidado una estimación especial hacia los cuidados, el estímulo y el adiestramiento que brinda la enfermería. Las actividades que realizan estos profesionales de la salud deben adaptarse a las necesidades especiales de cada paciente, lo cual es una tarea compleja. Por otra parte, al aumentar la oferta universitaria de la carrera de Enfermería en todo el mundo, la necesidad de una conceptualización adecuada repercute en la preparación del plan de estudios, el establecimiento de criterios acerca de cómo adaptar los elementos generales a las necesidades de cada enfermo y cómo modificarlos de manera pertinente de acuerdo con las condiciones de los servicios clínicos.

La disciplina de la enfermería y el desarrollo de la investigación en ese campo, puede influir no solamente sobre el cuidado de los pacientes, sino también sobre las políticas que orientan el cuidado de la salud. La aplicación de una teoría en la práctica de enfermería proporciona los conocimientos necesarios para perfeccionar la práctica diaria mediante la descripción, explicación, predicción y control de los fenómenos. Además, una teoría de la enfermería establecida permite al personal de enfermería aumentar la capacidad de desempeño mediante el conocimiento teórico, ya que es probable que los métodos tengan éxito si están desarrollados sistemáticamente y sirve de referencia ante cualquier incertidumbre o duda. El profesional de enfermería, disponiendo de una claridad teórica, desarrolla una mayor autonomía y favorece en el profesional el razonamiento, la capacidad analítica, clarifica los valores y determina los propósitos del ejercicio profesional, la educación y la investigación; así mismo fortalece la identidad profesional, la solidaridad, el compromiso entre el personal de enfermería que interviene en los procesos de enseñanza–aprendizaje y en la práctica en los diferentes turnos, horarios y áreas.

La constante realización de eventos científicos sobre enfermería, así como la existencia de una literatura y unas publicaciones especializadas, permite establecer un diálogo entre la teoría y la práctica, que

debe redundar en el mejoramiento de la calidad del cuidado. Con ello, se alcanza la misión de la Enfermería, las metas del cuidado y la continuidad en el desarrollo del conocimiento (2).

Cuidar implica el interés y el conocimiento de cada ser humano, un esfuerzo de atención a veces más agotador que el esfuerzo físico. Las condiciones necesarias y suficientes para que se dé el cuidado tienen que ver con la conciencia sobre la propia necesidad del cuidado, la intención de intervenir con acciones basadas en el conocimiento y un cambio positivo, manifestado en mayor bienestar, como resultado del cuidado (3).

Las características y disposiciones personales de la enfermera(o), deben contribuir a lograr que el trato a los pacientes sea como a personas, y no como a simples manifestaciones de ciertas patologías. Es fundamental para ello considerar que el ser humano es una persona desde el primer momento de su existencia, y como tal ha de ser tratado, respetado por sí mismo, y no puede quedar reducido a una cosa (4).

En todas las culturas y épocas conocidas, el cuidado ha sido una función primordial para lograr mantener la vida de las personas, especialmente en los momentos más difíciles. El cuidado forma parte de la producción de servicios sanitarios, siendo un producto intermedio, imprescindible para conseguir uno de los propósitos finales, tales como el alta del paciente (5).

Cuando el cuidado alcanza el nivel de disciplina profesional, se debe tener una capacitación y formación especial para comprender adecuadamente esta labor, además de ejecutarla. Hay que definir sistemáticamente el cuidado, delimitando claramente qué son y cómo son esas acciones que lo integran, además de establecer la relación entre esos cuidados y la acción propia de la disciplina y, finalmente, identificar, describir y analizar los instrumentos que hacen posible el proceso de

cuidar profesionalmente. Además, el profesional de enfermería ha de tener una formación para la investigación y para la innovación en beneficio de los sujetos bajo su cuidado. La Enfermería es considerada actualmente como una profesión reconocida a nivel universitario, con su correspondiente desarrollo institucional académico que incluye, en algunos países, el grado académico de doctorado.

Las actividades de la Enfermería, que forman parte del proceso del cuidado, se han descrito de la siguiente manera:

- a. **Identificar la necesidad del cuidado:** Esta tarea debe tomar en cuenta las particularidades individuales, grupales y culturales de los individuos objeto del cuidado.
- b. **Identificar el tipo de cuidados requeridos:** De acuerdo con cada situación, el profesional de la enfermería debe dar una respuesta determinada para cada necesidad detectada.
- c. **Identificar la capacidad del sujeto para llevar a cabo dicho cuidado:** Cuando se aplica el cuidado se debe respetar el ámbito de autonomía de los sujetos.
- d. **Identificar la manera en que podremos satisfacer dicho cuidado:** es decir, determinar la manera en que el profesional va a llevar a cabo su iniciativa y práctica de cuidado.
- e. **Decidir y organizar la delegación de acciones:** Para avanzar en esta vía es necesario establecer cuáles de las acciones necesarias las debe asumir el profesional y cuáles pueden delegarse en el propio paciente. Además, esa delegación puede comprometer y traspasar algunas de las acciones programadas al personal técnico y a los cuidadores informales (parientes, personas cercanas al paciente), que juntos componen el equipo de cuidados.
- f. **Considerar el carácter ético que tiene el proceso de cuidar:** Para realizar todas estas acciones de cuidado se deben ser conscientes de los valores humanistas que promueven el compromiso y la responsabilidad implicados en el proceso de cuidar.
- g. **Ejecutar las acciones concretas de cuidado:** la ejecución es el

momento clave de cualquier profesión, En la Enfermería, además, la labor del cuidado requiere de la realización de una gran variedad de procesos y la aplicación de determinadas técnicas que acompañan al proceso de cuidar.

- h. Evaluar los resultados:* Como es una actividad sin fin, y sujeto a revisiones y mejoramiento, el proceso de cuidar contempla la evaluación de los resultados en función de los fines planteados. Esta evaluación no debe entenderse como un punto y aparte, sino como un punto y seguido (6).

A estas funciones, corresponden los elementos del Plan de Atención en Enfermería (PAE). Este consiste en planificar la intervención enfermera con el fin de mejorar la calidad de los cuidados de una forma estructurada y lógica. Sirve como un método de atención al paciente que sirve como elemento orientador para aplicar los cuidados de enfermería, a través de la descripción, identificación, tratamiento y evaluación coherente de las diferentes respuestas humana ante un mismo diagnóstico médico.

El PAE persigue fundamentalmente tres fines:

- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares y comunitarios
- Actuar para cubrir y solucionar los problemas, prevenir o curar enfermedades

El PAE garantiza el logro de un proceso de atención de enfermería caracterizado por las siguientes cualidades:

- Flexibilidad: que pueda adaptarse a las teorías y modelos así como a los diversos contextos de la práctica de enfermería.
- Dinámico: capaz de ser sometido a modificaciones y adaptaciones de manera rápida, facilitando la combinación de diversas actividades para conseguir los mismos resultados.

- Sistemático: basado en un orden lógico y secuencial, que pueda estandarizarse y normalizarse en una serie de pasos claramente definidos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación en los que se llevan a cabo una serie de acciones deliberadas para obtener los resultados esperados.
- Sustentado teóricamente y nutrido de las aportaciones de las ciencias biológicas, sociales y humanas.
- Interactivo: que se abra al proceso de interacción entre el paciente y el profesional enfermero para lograr objetivos comunes.
- Orientado al logro de los objetivos (resultados).
- Humanístico: Toma en cuenta las necesidades, intereses, valores y deseos específicos de la persona, familia o comunidad y sobre esas especificaciones se planifica y se ejecuta la atención en enfermería.

Las ventajas de disponer un PAE son las siguientes:

- Permite diagnosticar las necesidades reales y potenciales del paciente, familia y comunidad para el diseño de planes de cuidados.
- Se basa en criterio de eficiencia. Permite aplicar procedimientos eficaces en la resolución de problemas optimizando los recursos.
- Previene fallas. Evita la improvisación. Se hace un seguimiento del tratamiento, registrando la información en los informes clínicos los cuales facilitan la comunicación.
- Permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- Incrementa la autonomía profesional. El PAE orienta las actividades a realizar.
- Genera seguridad en el personal de enfermería.
- Conciente que el paciente puede participar en su auto cuidado.
- Considera al paciente de manera holística integrado a un grupo familiar y una comunidad.
- Otorga flexibilidad en el cuidado.
- Proporciona información para la investigación. Cuantifica resultados y recolecta evidencias.

**Ilustración 1.** Cualidades del PAE



**Fuente:** Elaboración propia

## 1.2. *Las teorías de la enfermería y el PAE*

Para ordenar y estructurar esas actividades de manera científica, así como para hacer posible el análisis y solución de las situaciones en las que intervienen los profesionales de la enfermería, se ha elaborado el denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE). El PAE es una sistematización de las acciones de cuidado y constituye una herramienta para organizar el trabajo de enfermería. Este está constituido por una serie de pasos o etapas, íntimamente interrelacionadas (7).

Hay tantos modelos del Proceso de Atención de Enfermería, como teorías de la profesión, pero pueden establecerse cuatro aspectos generales o comunes:

- Persona,
- Salud,
- Entorno y
- Cuidado.

Las teorías de la Enfermería han recibido en su elaboración las influencias de conceptualizaciones más generales, como la teoría de los sistemas, las explicaciones psicológicas acerca de las necesidades hu-

manas y la interculturalidad, así como la apertura hacia otras disciplinas como la sociología, la psicología y la antropología. Estos rasgos generales se advierten en las teorías de la enfermería más conocidas y reconocidas, de las doctoras Virginia Henderson, Dorotea Orem, Myra Levine, Calista Roy, Betty Neuman y Madeleine Leininger, Hildegard Peplau.

El modelo de Virginia Henderson se organiza en torno al eje de la autonomía de la enfermera y la especificidad de su servicio, desde el cual su función propia y autónoma aparece como articulada con las relaciones de colaboración con los otros profesionales de la salud. Para Henderson, las etapas del PAE son: primero, **la valoración**, que consiste en la recogida e interpretación de información, a través de un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado. En segundo lugar, **el diagnóstico** el consiste en el juicio clínico sobre las respuestas individuales, familiares o de la comunidad a los problemas de salud vitales, reales o potenciales. Desde esta perspectiva, un Diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras a fin de conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable. La tercera etapa es la **planificación** de los cuidados, con la cual se determinan las acciones, su momento, su duración de acuerdo con los recursos disponibles, y tomando en cuenta el diagnóstico que sirve para determinar los cuidados pertinentes a los objetivos fijados. De allí resulta un **plan de cuidados** cuya ejecución constituye la cuarta etapa del PAE. En la quinta etapa del PAE se realiza una **evaluación** la cual se define como la contrastación entre el estado de salud del paciente y los resultados obtenidos (8).

Por su parte, la teoría desarrollada por Dorotea Orem, define la enfermería como una forma deliberada y consciente de proporcionar asistencia a aquellos que son incapaces de cubrir sus necesidades de auto-cuidado en salud. El paciente, desde este punto de vista, es una persona que necesita ayuda para auto-cuidarse; pues la capacidad del individuo para ejecutarlo está alterada o anulada por su estado fisiológico, intelectual, emocional, social y/o económico.

Orem define la *salud* como la habilidad para cubrir las propias necesidades. La enfermera entra en relación con el paciente, cuando este no puede mantener la cantidad y calidad del auto-cuidado. Para definir las necesidades básicas del ser humano, Orem utiliza la teoría del psicólogo Abraham Maslow, ilustrada por la conocida pirámide de las necesidades, que van desde las básicas, situadas a la base de la figura, hasta las psicológicas, situadas en la cima: autoestima y autorrealización. Estos niveles se hallan asociados a los requisitos del auto-cuidado.

Otro enfoque teórico a considerar es la de Myra Levine, quien define a la enfermería como la interacción de los seres humanos que dependen de otros, en donde la intervención de enfermería mantiene y promueve el ajuste de la persona. Su principal tesis es que la interacción personal entre la enfermera y el paciente responde a las condiciones de salud del paciente, las funciones de enfermería y las responsabilidades de los enfermeros en cada situación dada.

Por su parte, la teoría de la adaptación, desarrollada por Calista Roy para definir el rol de la enfermería, parte de la conceptualización de la persona como un ser bio-psico-social en constante interacción con un entorno cambiante. En ese contexto, tanto la salud, como la enfermedad, son dimensiones inevitables en la vida, por ello, para responder positivamente a los cambios del entorno, la persona necesita adaptarse. La adaptación está en función de la habilidad personal para dar respuesta a las fuerzas ambientales.

Con una influencia determinante de la teoría psicológica de la Gestalt, Betty Neuman, conceptualiza el rol y funciones de la enfermería, a partir de un enfoque que concibe al organismo humano como un sistema abierto que es capaz de mantener y recuperar su equilibrio y su salud gracias a un proceso homeostático, en el cual es necesario identificar las necesidades de los pacientes con el fin de aplicar la metodología adecuada que proporciona la administración de calidad (9).

Rescatando conceptos y enfoques de la antropología, la teoría de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales de la doctora Madeleine Leininger, quien con su *teoría de la universalidad y diversidad de los cuidados culturales*, integra conceptos tales como cuidado, atención, cultura, valores culturales y diferencias culturales. En estos conceptos se especifica que la atención es el tema central del cuidado, el conocimiento y la práctica enfermera, puesto que la atención incluye los actos para ayudar y dar soporte o facilidades a individuos o grupos con necesidades evidentes o previsibles, al tiempo que sirve para mejorar las condiciones humanas y los modos de vida (10). También para Peplau, la Enfermería es una actividad compuesta de procesos terapéuticos e interpersonales de gran significación por lo que, a partir de conceptos de la Psiquiatría y de la Psicología, teoriza acerca de la Enfermería psicodinámica como parte de un proceso humano que contribuye a alcanzar la salud de los pacientes.

Las tendencias más actuales se proponen enfatizar la participación del paciente en el autocuidado, mediante la enseñanza y prevención proporcionada durante su estancia hospitalaria. En cuanto a los padecimientos que deterioran la salud, se cuenta con múltiples programas nacionales, con aspiraciones a cubrir todo el ámbito nacional, por lo que los profesionales de la enfermería deberán estar plenamente concientizados acerca del desempeño que la profesión obliga a cumplir con relación a la sociedad a la que se pertenece (11).

### *1.3 Cuidados básicos de la enfermería*

Los cuidados básicos de enfermería pueden definirse como los cuidados que requiere cualquier persona, sea cual sea su diagnóstico médico, y complementando el tratamiento médico prescrito. Además hay que tener en cuenta que estos cuidados son aplicables en cualquier medio: el hogar, el hospital, la escuela, etc. Por lo tanto, aplicar los cuidados básicos de enfermería consiste en atender al individuo, sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyen a su salud o al restablecimiento de la misma; teniendo en cuenta

que siempre debemos dirigir a la persona hacia el mayor grado de independencia posible.

Los cuidados de enfermería durante la hospitalización deben proporcionar seguridad a los pacientes y familiares, además de la calidad asistencial propios de los procedimientos derivados de cada patología. En este sentido, los cuidados pueden clasificarse en cuidados directos y cuidados indirectos. Los *cuidados indirectos* son aquellos relacionados con el entorno del paciente y cuestiones organizativas como comunicación con otras unidades, gestión de traslados, relaciones con la atención primaria de salud, actividades multidisciplinarias, sesiones clínicas, etc.

Mientras que, por otra parte, los *cuidados directos* son aquellos que se realizan inmediatamente sobre los pacientes, y pueden ser cuidados técnicos asociados con las enfermedades que motivaron el ingreso y el tratamiento consecuente, lo cual implica la realización de procedimientos instrumentales. Así mismo, hay cuidados específicos relacionados con la hospitalización que son responsabilidad de los servicios de enfermería, y están orientados hacia la seguridad de las personas y la recuperación de la autonomía de los pacientes. Requieren de procedimientos y técnicas específicas dirigidas a la cobertura de los cuidados básicos y la prevención de efectos adversos (úlceras por presión, caídas, adherencia al tratamiento, etc.).

Para conseguir tomar decisiones relativas al cuidado o atención de los pacientes en la práctica clínica, es necesaria una serie de elementos que configuren de forma robusta estas decisiones. Estas decisiones consecutivamente son:

- a) En primer lugar, se formula una pregunta clínica referida a un problema de un paciente. La pregunta debe ser específica, detallándose cuatro componentes:
  - i. el tipo de paciente o problema de interés,

- ii. la intervención clínica,
- iii. una intervención con la que comparar (cuando dicha comparación sea pertinente) y
- iv. el resultado clínico de interés.

Las preguntas clínicas pueden surgir desde cualquier área de la práctica clínica (prevención, tratamiento, pronóstico, etiología, etc.).

*b)* El segundo paso es encontrar las mejores evidencias disponibles. Para ello el profesional debe tener habilidades de búsqueda efectiva y un fácil acceso a las bases de datos bibliográficos. Hay dos tipos de bases de datos disponibles. Unas son bibliográficas y permiten identificar la literatura relevante. El otro tipo de bases de datos aportan directamente los documentos primarios o secundarios de interés.

### *1.4. Etapas de la actividad enfermera*

El paso inicial en la actividad enfermera es la valoración de las evidencias. Dos son las cuestiones a valorar: la validez de las evidencias y su utilidad clínica. Hay que aplicar los resultados obtenidos a la práctica clínica y actuar de acuerdo con la evidencia. Entre las cuestiones que el clínico debe considerar para aplicar la evidencia están: (i) el paciente, ¿en qué grado es similar a los de la población del estudio o estudios?, (ii) ¿cuáles son los beneficios y daños probables para el paciente?, (iii) la intervención, o el diagnóstico, etc., ¿está disponible en el contexto de la práctica clínica? y (iv) los valores y las preferencias del paciente ¿cómo influyen en la decisión?

Para la evaluación de la actuación basada en la evidencia, esta debe estar dirigida a dos áreas: evaluación de los resultados en los pacientes y la evaluación de la actuación profesional.

La valoración es un proceso planificado, sistemático, continuo y deliberado de obtención, registro e interpretación de información cuyo

propósito es determinar la situación de salud que reporta el paciente, la familia y comunidad.

- Es un proceso porque está dirigido hacia un objetivo o un propósito determinado.
- Es planificado porque se realiza de una manera lógica y razonada y es creada con anterioridad.
- Es sistemático ya que posee un orden establecido y una metodología para su elaboración.
- Es continua porque inicia con el primer contacto con el paciente o su admisión a la unidad de atención y continúa durante todo el proceso hasta el egreso o alta del paciente.
- Es deliberada en cuanto demanda una actitud consciente, intencional, razonada y realizada con un objetivo por parte de quien lo ejerza.

La etapa de valoración combina dos procesos: la obtención o recolección de datos y la organización de la información para derivar en el diagnóstico de enfermería.

### Ilustración 2. Valoración en enfermería



**Fuente:** Elaboración propia (9)

La Obtención y recolección de datos es una actividad medular porque es donde ocurre el primer contacto con el paciente, familia y/o comunidad. Comienza en el momento de recibir al paciente y se mantiene de manera progresiva en todas las etapas del proceso. Los datos obtenidos se pueden clasificar en subjetivos y objetivos. En los primeros se obtiene la opinión y percepción del paciente sobre sí mismo y su situación de salud, entre otros, se recogen ideas, síntomas, sentimientos que el profesional de enfermería no puede constatar durante la observación pero que son esenciales para realizar el diagnóstico. En cuanto a los datos objetivos, se caracterizan por ser verificables, cuantificables y medibles, por ejemplo, la temperatura corporal, el aspecto de la piel, la presión arterial, medidas antropométricas (peso corporal y estatura) y cualquier proceso patológico. La observación también incluye datos de laboratorio y otros hallazgos clínicos.

Tanto los datos subjetivos y objetivos se pueden clasificar como datos históricos y datos actuales, los primeros son eventos ocurridos en el pasado y tienen consecuencias en el tiempo, por ejemplo, un paciente fumador que dejó el hábito hace varios años pero hoy en día presenta una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (epoc).

**Tabla 1.** Descripción de los tipos de datos obtenidos

Datos subjetivos o síntomas	Datos objetivos o signos	Datos históricos	Datos actuales
Se obtienen durante la entrevista de enfermería realizada al paciente o familiar. Recopila información sobre las percepciones, creencias, preocupaciones sentimientos, síntomas e ideas del paciente sobre sí mismo y su estado de salud.	Obtenidos a través del examen físico, mediante el uso de las técnicas de observación ya descritas.	Esta información es suministrada por el paciente e incluye antecedentes personales y familiares de problemas relacionados con la salud o a preexistencias de anomalías congénitas o patológicas. Estos datos son relevantes para determinar factores que pueden incidir sobre el estado de salud.	Observables en el momento de la valoración del estado físico, mental y situación social, que pueden indicar una alteración real o potencial de la salud.

**Fuente:** (9)

En la recolección de datos se utilizan técnicas confiables, las tres generalmente utilizadas son la observación, la entrevista y la exploración física.

La observación es el primer reconocimiento que se le hace al paciente. El profesional enfermero inicia la obtención o recolección de datos por medio de esta técnica, aplicando la relación enfermera-paciente. Mediante la observación se obtendrán datos subjetivos que incluyen el aspecto físico de la persona, el estado emocional, su estado de nutrición, hábitos y preferencias y datos objetivos, entre otros. En la observación se involucran todos los sentidos.

La entrevista es el proceso de comunicación dirigido hacia objetivos concretos, esta puede ser verbal o no verbal fomentando la relación enfermera-paciente permitiendo obtener información específica que servirá para poder establecer un diagnóstico de enfermería y desarrollar el plan de cuidados. Una entrevista eficaz solo puede realizarse

cuando la enfermera (o) y el paciente establezcan un sentimiento de empatía definida por una mutua confianza y respeto.

En las entrevistas se realiza una comunicación verbal, pero este es un espacio en el que se genera contenidos no verbales muy importantes, ligados a aspectos ricos en información como la expresión de sentimiento y emociones.

Los objetivos de la entrevista están encaminados a lo siguiente:

- Establecer relación de empatía enfermera-paciente
- Obtener información subjetiva valiosa sobre el estado actual de salud, para el diagnóstico enfermero.
- Permitir conocer antecedentes de enfermedad personal o familiar que pudieran incidir en el estado actual salud

Existen diferentes tipos de entrevistas como son:

- Entrevista formal. Consiste en una comunicación con un fin particular, donde el profesional de enfermería realiza la historia del paciente.
- Entrevista Informal. Esta consiste en una conversación o diálogo entre la enfermera y el usuario establecida durante el curso de los cuidados.

El examen físico es la actividad final de la recolección de datos, es una exploración que se practica a toda persona a fin de reconocer las alteraciones o signos y síntomas producidos por la enfermedad. Cada profesional enfermero puede aplicar un sistema diferente, independientemente de que la exploración física sea cefalocaudal o por órganos, aparatos y sistemas, y debe incluir estas cuatro técnicas: inspección u observación, auscultación, palpación, percusión.

La información obtenida durante la fase de valoración debe ser completa, objetiva y precisa, porque el siguiente paso es la agrupación de los datos para identificar los patrones de salud o enfermedad. Los

modelos de teorizantes de enfermería proponen diferentes formas para poder organizar los datos previamente obtenidos y validados. Por ejemplo, un modelo teórico biológico enfocará la atención al funcionamiento de los órganos, aparatos y sistemas corporales, mientras que un modelo enfermero se centrará en las respuestas de la persona ante su problema de salud. Asimismo, un modelo biológico dibujará el diagnóstico de problemas médicos y de colaboración, en tanto que un modelo enfermero dará lugar a diagnosticar problemas enfermeros.

El ámbito de la enfermería no se circunscribe sólo a la aplicación de un tratamiento recetado por un médico. El profesional de enfermería en todos los entornos clínicos debe identificar los problemas para realizar un diagnóstico enfermero del paciente basándose en la valoración y en la recogida de datos para luego realizar la intervención correspondiente.

Las intervenciones pueden ser independientes o en colaboración, entendidas las primeras como acciones autónomas que realiza el profesional de enfermería y las segundas como acciones que efectúa en colaboración con otros profesionales de la asistencia sanitaria, con o sin observación de los médicos.

### *1.5. El diagnóstico enfermero*

Los diagnósticos de enfermería existen desde mediados del siglo XX, cuando Faye Abdellan introdujo un sistema de clasificación para la identificación de 21 problemas clínicos y fueron muy utilizados en las escuelas de enfermería de esa época. En el último cuarto, del siglo pasado, se aprueban los primeros diagnósticos de enfermería por la *American Nurses Association* (ANA), los cuales fueron evolucionando debido a la investigación, adoptándose finalmente los diagnósticos de enfermería de la *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) como un sistema internacional de diagnósticos para la disciplina profesional, los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, teniendo

actualizaciones constantes, aproximadamente cada dos años; además de contar con una nomenclatura válida nacional e internacionalmente sobre las intervenciones de Enfermería (NIC) y los resultados esperados en Enfermería (NOC) que sirven de guía.

El diagnóstico de enfermería comprende en primer lugar, el examen de áreas identificadas como áreas de función independiente de la profesión, es decir que pueden ser tratadas por el profesional de enfermería, sin que para ello se requiera de orden o autorización por parte de otros profesionales.

Los componentes de un diagnóstico son los siguientes:

- **Etiqueta:** proporciona un nombre al diagnóstico. Es un término o frase concisa que representa un patrón de claves relacionadas. Puede incluir modificaciones.
- **Definición:** proporciona una descripción clara y precisa, delinea su significado y ayuda a diferenciarlo de diagnósticos similares.
- **Características definitorias:** claves observables/inferencias que se agrupan como manifestaciones en un diagnóstico enfermero real o de bienestar.
- **Factores de riesgo:** factores ambientales y elementos fisiológicos, psicológicos, genéticos o químicos que incrementan la vulnerabilidad de una persona, familia o comunidad ante un evento no saludable, estos solo se enuncian en los diagnósticos enfermeros de riesgo.
- **Factores relacionados:** factores que parecen mostrar algún tipo de patrón de relación con el diagnóstico enfermero. Pueden describirse como antecedentes asociados con, relacionados con, contribuyentes a o coadyuvantes al diagnóstico. Solo los diagnósticos enfermeros reales tienen factores relacionados.

El procedimiento a seguir recomendado por la NANDA en la elaboración de diagnósticos de enfermería es el formato PES desarrollado por Marjory Gordon en 1982, cuyas siglas significan:



mería. La información recolectada en el estudio primario le permite al personal de enfermería establecer un plan inicial de cuidados para el paciente. No obstante, puede identificar problemas que ameritan la intervención de otros miembros del equipo sanitario: médicos, fisiatras, radiólogos, psicólogos entre otros.

Para identificar las áreas en que un paciente requiere ayuda de enfermería para afrontar cualquier problema de salud, la enfermera/o necesita obtener la información siguiente:

- Aspectos del paciente como persona.
- Sus capacidades físicas, mentales y sociales usuales, o falta de ellas para realizar las actividades cotidianas.
- La naturaleza de los problemas de salud que interfieren en sus capacidades biopsicosociales.

La tercera etapa de la actividad enfermera consta de tres partes: selección de necesidades, identificación de los objetivos y registro del plan.

- a. Selección de necesidades: el profesional enfermero y paciente determinan el orden de los problemas detectados, que deben resolverse en base a la jerarquía de las necesidades básicas de la pirámide de Maslow, a su vez se deben satisfacer las necesidades del paciente siempre y cuando esto no interfiera con el tratamiento médico.
- b. Identificación de objetivos: se identifican y jerarquizan los problemas. Los objetivos indican los resultados esperados en la conducta del paciente a través de la asistencia del personal de enfermería, estos pueden estar dirigidos hacia la prevención o eliminación del problema, deben plasmar los resultados esperados tanto a corto, mediano y largo plazo, definiendo lo que la enfermera (o) espera realizar a favor del paciente y lo que él logre alcanzar por sí mismo. En términos más específicos los objetivos indican el nivel de comportamiento o ejecución que el paciente puede alcanzar, por tanto:

- Debe enfocarse hacia el comportamiento del paciente con el cual demuestre alivio del problema identificado.
- Debe ser realista tomando en cuenta las capacidades del paciente en el transcurso de tiempo determinado para dicho objetivo y para el grado de habilidad y experiencia del personal enfermero.
- Debe ser congruente para dar inicio a otras terapias.

La fase de implementación inicia después de haberse diseñado el plan de cuidados y está enfocado a la realización de aquellas intervenciones de enfermería que ayudan al paciente a conseguir los objetivos deseados, este debe ser de uso permanente para el profesional de enfermería, requiere de un registro diario y continuo. Se pueden utilizar diferentes formatos con el fin de registrar los datos obtenidos en las etapas anteriores, es decir, el PAE en la práctica diaria es reflejado a través de:

- El formato SOAPIE, este formato es el más apropiado para tener un resumen de la historia del paciente, para la evolución de los objetivos de enfermería.
- Formatos PlaCE, es un instrumento para documentar y comunicar la situación del paciente, los resultados esperados, las estrategias, indicaciones e intervenciones, así como la evolución de los cuidados incluyen la taxonomía NANDA, NOC y NIC.

La etapa de evaluación es la última del Plan de Atención en enfermería. En esta fase el profesional entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan, sino para ajustarlo de acuerdo con su nueva valoración y evaluación del estado del sujeto atendido. Se pueden diferenciar dos tipos, evaluación de los objetivos y revaloración del plan de atención.

- Evaluación de los objetivos: La intención es decir si el objetivo del plan de atención se logró, el objetivo se evalúa en el momento en que se especificó en el plan.
- Revaloración del plan de atención: es el proceso de optimiza-

ción de los planes. De acuerdo con los objetivos obtenidos se pueden ajustar, cambiar, mejorar o eliminar diagnósticos enfermeros.

### 1.5.1. NANDA, NIC y NOC

La formalización de los diagnósticos enfermeros lo estableció y formalizó en 1992 la Asociación Norteamericana de Diagnósticos Enfermeros, en inglés *North American Nursing Association* (NANDA). Al mismo tiempo, a raíz de una revisión exhaustiva de las intervenciones enfermeras, se elaboró la Clasificación de las Intervenciones de Enfermería, en inglés *Nursing Interventions Classification* (NIC) y a la Clasificación de Resultados de Enfermería, en inglés *Nursing Outcomes Classification* (NOC).

Al tratar de estandarizar los resultados en enfermería se intenta consolidar un lenguaje común que permita identificar y medir los resultados del cuidado de enfermería pero sin despersonalizar al paciente. Las taxonomías y los sistemas de clasificación son vocabularios fundamentales que permiten definir la profesión de enfermería y el alcance de su práctica profesional.

A partir del año 2002, el vocablo NANDA dejó de ser un acrónimo, es decir una palabra donde cada una de las siglas tiene un significado propio, para convertirse en una organización donde su principal objetivo es el “desarrollo, perfeccionamiento, difusión uso de una terminología estandarizada de los diagnósticos en enfermería”, estableciendo los diagnósticos enfermeros más conocidos y aceptados a nivel mundial.

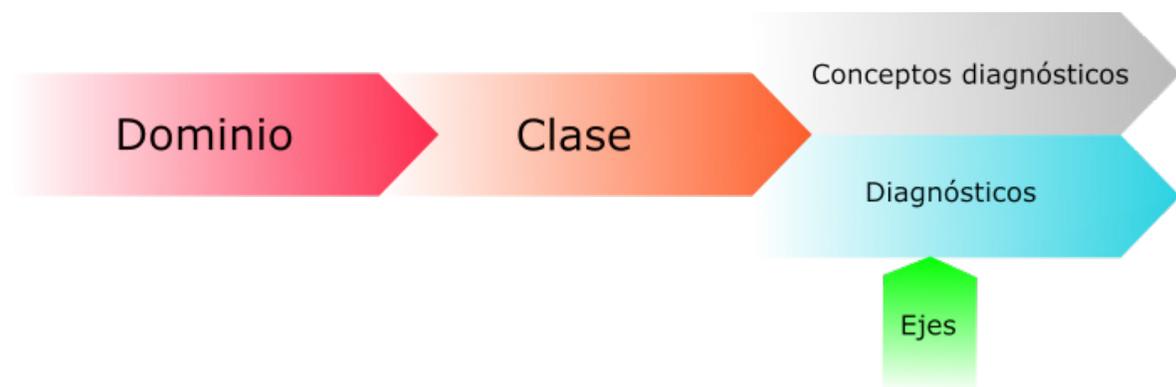
En el año 1994, en el marco de la conferencia bianual de la NANDA, se debatió la dificultad que se estaba presentando para clasificar los nuevos diagnósticos aceptados en la taxonomía I, por lo que se decidió una nueva estructura que se conoce como taxonomía NANDA II, que se diferencia de la primera en el nombre de algunos diagnósticos, en

la nomenclatura y los calificativos o términos que acompañaban varios diagnósticos (12).

La taxonomía II contiene tres conceptos esenciales que definen su estructura organizativa:

1. Eje, es la dimensión de la respuesta humana que se considera en el proceso diagnóstico, .
2. Dominio, que está referido a un área de funcionamiento y/o comportamiento, es el nivel más general de la taxonomía para elaborarlos se utilizaron los Patrones Funcionales de Salud como base del desarrollo, los mismos están cuantificados en trece.
3. Clase, que es el nivel más concreto de la taxonomía, contiene los conceptos y diagnósticos que se relacionan con ellos y están cuantificados en 46 (13).

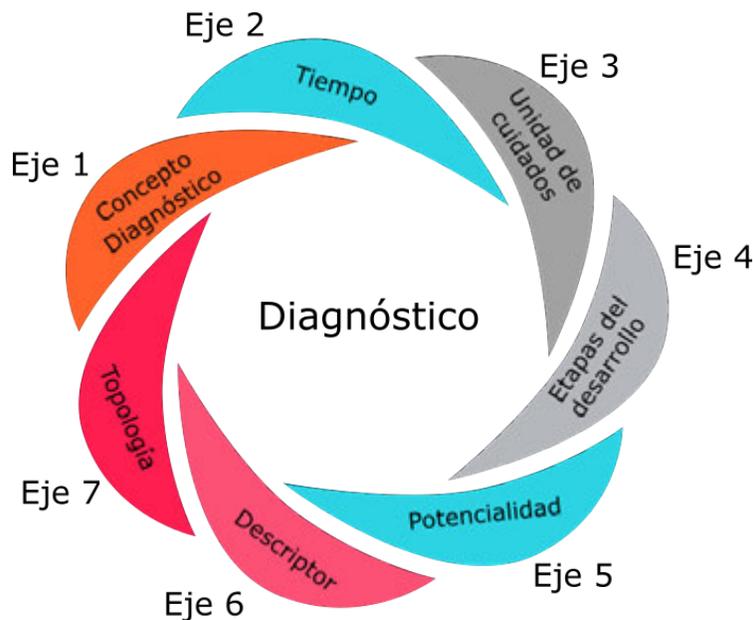
**Ilustración 3.** Estructura de la clasificación NANDA



**Fuente:** Elaboración propia

Los ejes de la taxonomía NANDA II corresponden a las dimensiones de la respuesta humana en el proceso de diagnóstico. Tal respuesta puede ser positiva o negativa. Dependiendo del diagnóstico los ejes pueden estar implícitos, explícitos o no estar presentes.

### Ilustración 4. Ejes de la taxonomía NANDA



**Fuente:** (13)

Los siete ejes que se describen son los siguientes:

- **Concepto diagnóstico:** se trata de la raíz del diagnóstico. Es el elemento principal en la formulación del diagnóstico, ejemplo, dolor, nutrición. Los conceptos de diagnósticos contenidos en la taxonomía NANDA II son 244.
- **Tiempo:** se refiere a la identificación en los diagnósticos de la duración de su presencia. Puede ser agudo, crónico, intermitente, continuo.
- **Unidad de cuidados:** define la población a la que va dirigida el diagnóstico, individuo, familia, grupo, comunidad.
- **Etapas del desarrollo:** indica el estado del desarrollo en el que se encuentra el individuo al que va dirigido el diagnóstico: feto, neonato, lactante, preescolar, joven, adulto, anciano.
- **Potencialidad:** indica el estado de salud que se trata de identificar del problema sobre el que actuamos. Los valores pueden ser: bienestar, riesgo, real.
- **Descriptor:** denominada también modificador, con él se preten-

de concretar los diagnósticos con juicios que especifican las respuestas identificadas. Algunos de los valores descritos dentro de este eje son: anticipado, aumentado, deficiente, desequilibrado, deteriorado, disfuncional, disminuido, funcional, incapacitante, retrasado, organizado, entre otros.

- Topología: indica las zonas corporales a las que hace referencia el diagnóstico. Los valores que se incluye, entre otros, son: cardiopulmonar, auditivo, cerebral, cutáneo, renal, urinario, visual.

Como los diagnósticos enfermeros pueden volverse, si no obsoletos, al menos, insuficientes en plazos relativamente cortos de tiempo, la NANDA los revisa y actualiza periódicamente, específicamente cada dos años. La última actualización, realizada en el año 2017, contiene 244 diagnósticos. Se observa que se han añadido 18 nuevos a los ya aceptados y 72 fueron revisados por no tener suficiente nivel de evidencia (NDE). Se actualizaron 11 de las etiquetas con la intención de que sean consistentes con la literatura actual y reflejen una respuesta humana.

**Tabla 2.** Dominio y clases de NANDA

<b>Dominio</b>	<b>Definición</b>	<b>Clase</b>
Promoción de la salud	Toma de conciencia del bienestar o normalidad de las funciones y estrategias usadas para mantener el control	1. Toma de conciencia de la salud 2. Mantenimiento de la salud
Nutrición	Actividades de ingerir, asimilar y usar los nutrientes a fin de mantener y reparar los tejidos para la producción de energía	1. Ingestión 2. Digestión 3. Absorción 4. Metabolismo 5. Hidratación
Eliminación e intercambio	Secreción y excreción de los productos corporales de desecho	1. Función urinaria 2. Función gastrointestinal 3. Función tegumentaria 4. Función respiratoria

## CAPÍTULO I. CUIDADO Y ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

Actividad/ descanso	Producción, conservación, gasto y/o equilibrio de los recursos energéticos	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sueño y descanso</li> <li>2. Actividad y ejercicio</li> <li>3. Balance energético</li> <li>4. Respuesta cardiovascular/pulmonar</li> <li>5. Autocuidados</li> </ol>
Percepción/cognición	Sistema de procesamiento de la información humana incluyendo la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atención</li> <li>2. Orientación</li> <li>3. Sensación/percepción</li> <li>4. Cognición</li> <li>5. Comunicación</li> </ol>
Autopercepción	Conciencia del propio ser	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Autoconcepto</li> <li>2. Autoestima</li> <li>3. Imagen corporal</li> </ol>
Relaciones de roles	Conexiones y asociaciones negativas y positivas entre personas o grupos de personas y los medios que demuestran tales conexiones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Rol de cuidador</li> <li>2. Relación familiar</li> <li>3. Interpretación del rol</li> </ol>
Sexualidad	Identidad sexual, función sexual y reproducción	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identidad sexual</li> <li>2. Función sexual</li> <li>3. Reproducción</li> </ol>
Enfrentamiento/ tolerancia al estrés	Manera de hacer frente a los acontecimientos/procesos vitales	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Respuesta postraumática</li> <li>2. Afrontamiento</li> <li>3. Estrés neuroconductual</li> </ol>
Principios de vida	Principios que subyacen en la conducta, pensamiento y conductas sobre los actos, costumbres o instituciones	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Valores</li> <li>2. Creencias</li> </ol>
Medidas de seguridad	Ausencia de peligro, lesión física o trastornos del sistema inmunitario, preservación de las pérdidas y preservación de la protección y seguridad.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Infección</li> <li>2. Lesión física</li> <li>3. Violencia</li> <li>4. Riesgos medioambientales</li> <li>5. Termorregulación</li> </ol>
Comodidad	Sensación de bienestar o comodidad física, mental o social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Confort físico</li> <li>2. Confort medioambiental</li> <li>3. Confort social</li> </ol>

Desarrollo del crecimiento y desarrollo del sistema corporal y logro de las tareas de desarrollo acordes con la edad

---

**Fuente:** Autores

Se modificó también la gran mayoría de definiciones de diagnóstico de enfermería, que incluyen especialmente los diagnósticos de riesgos. Se trabajó en la estandarización de los términos del indicador de diagnóstico (características de definición, factores relacionados, factores de riesgo, condiciones asociadas y poblaciones en riesgo). Se actualizó, además, la bibliografía para incorporar los recursos de la web que incluyen listas de capítulos y referencias para nuevos diagnósticos. Los revisados son diagnósticos que no habían sido revisados después del año 2002, cuando se comenzó a notificar dicho NDE. Por otro lado, ocho diagnósticos fueron retirados.

Para completar el objetivo de la documentación clínica de enfermería se crea la Clasificación de Resultados de Enfermería. Se trata de criterios, basados en los resultados de los pacientes, para valorar y cualificar las intervenciones en enfermería. Cada resultado tiene una definición, una etiqueta o lista de indicadores asociados al concepto, una escala de Likert de cinco puntos y una lista de referencias.

Para completar el objetivo de la documentación clínica de enfermería se crea la Clasificación de Resultados de Enfermería. Se trata de criterios, basados en los resultados de los pacientes, para valorar y cualificar las intervenciones en enfermería. Cada resultado tiene una definición, una etiqueta o lista de indicadores asociados al concepto, una escala de Likert de cinco puntos y una lista de referencias (14).

La Clasificación NOC está estructurada en cinco niveles:

- Dominio: es el nivel más abstracto de la clasificación. Con los dominios se intenta identificar y describir los resultados de comportamiento y/o conducta de la persona, vinculados con su salud, desde una perspectiva integral, individual o colectiva. Están

cuantificados en siete. Se representan con números del 1 al 7.

- Clase: representa un nivel intermedio de organización y describe mayor concreción de los resultados contenidos en los dominios. Están cuantificadas en 29. Son representadas con letras del alfabeto en mayúscula (A-Z) y las minúsculas para las clases que van apareciendo a lo largo de nuevas investigaciones.
- Resultados: es el nivel más concreto de la clasificación. Revela los cambios o el mantenimiento del estado de salud de la persona, al tiempo que hace referencia a los objetivos que se pretenden alcanzar con el cuidado de enfermería. Se ha logrado globalizar y estandarizar 385 resultados de pacientes. Incluye resultados individuales, familiares y comunitarios. Se representan por grupos de 4 dígitos, comprendidos entre (0001), resultado perteneciente a la clase (A), “Mantenimiento de la energía” y el (2880), resultado incluido en la clase (c) “Protección de la salud comunitaria”.
- Indicadores: son criterios para valorar el estado del paciente en relación a los resultados.
- Escalas: permiten medir el estado del paciente con cada uno de los indicadores.

**Tabla 3.** Dominios y clases de la clasificación NOC

Dominio	Definición	Clase
1. Salud Funcional	Describen la capacidad y la realización de las tareas básicas de la vida.	A. Mantenimiento de la energía B. Crecimiento y desarrollo C. Movilidad D. Autocuidado

2. Salud fisiológica	Describen el funcionamiento humano.	E. Cardiopulmonar F. Eliminación G. Líquidos y electrolitos H. Respuesta inmune I. Regulación metabólica J. Neurocognitiva K. Nutrición a. Respuesta terapéutica L. Integridad tisular Y. Función sensitiva
3. Salud sicosocial	Describen el funcionamiento psicológico y social.	M. Bienestar psicológico N. Adaptación psicológica O. Autocontrol P. Interacción social
4. Conocimiento y conducta en salud	Describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad.	Q. Conductas de salud R. Creencias sobre la salud S. Conocimientos sobre la salud T. Control del riesgo y seguridad
5. Salud percibida	Describen las impresiones sobre la salud individual.	U. Salud y calidad de vida V. Sintomatología
6. Salud familiar	Describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento en salud de la familia en conjunto o de un individuo como miembro de la familia.	W. Estado del cuidador familiar Z. Estado de salud de miembros familiares X. Bienestar familiar
7. Salud comunitaria	Describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población.	b. Bienestar comunitario c. Protección de la salud comunitaria

**Fuente:** (15)

Otra clasificación utilizada para los diagnósticos enfermeros es la denominada NIC, que busca ampliar el conocimiento de enfermería sobre la relación entre diagnósticos, tratamientos y resultados esperados, proponiendo una normalización de la nomenclatura en los tratamientos de enfermería. Su formulación parte de que cualquier intervención de

## **CAPÍTULO I.** CUIDADO Y ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

---

enfermería en un caso se fundamenta en un juicio clínico y en el estudio de su disciplina para mejorar la atención del paciente y mejorar los resultados de su atención (16).

Cada intervención de la taxonomía NIC se compone de un nombre, un código, una definición, un listado de actividades y las referencias bibliográficas.

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC tiene los siguientes objetivos:

1. Normalizar la nomenclatura de los tratamientos de enfermería.
2. Ampliación del conocimiento de enfermería sobre las relaciones entre diagnósticos, tratamientos y resultados esperados.
3. Desarrollar sistemas de información de cuidados sanitarios.
4. Brindar a los estudiantes de enfermería un conocimiento en la toma de decisiones.
5. Establecer costos de los servicios proporcionados por los profesionales de enfermería.
6. Planificar los recursos necesarios para la práctica de enfermería.
7. Utilizar un lenguaje común para comunicar la función única de enfermería.
8. Articular los sistemas de clasificación de otros proveedores de cuidados.

**Ilustración 5.** Estructura de la taxonomía NIC



**Fuente:** (16)

Hay tres términos clave en la estructura organizativa de la taxonomía NIC: campo, clase e intervención.

- Campo: es el nivel de mayor abstracción de la clasificación. El campo trata de dar unidad al conjunto de cuidados que se relacionan con un aspecto de la persona o del grupo. Están cuantificados en siete.
- Clase: representa un mayor nivel de concreción dentro de la clasificación. Recoge de manera específica los cuidados que están relacionados con un aspecto determinado del campo. Existen 30 clases.
- Intervención: es el nivel de mayor concreción de la clasificación. Recoge los tratamientos de enfermedades, incluye tanto la esfera fisiológica como la sicosocial. Cada intervención se desarrolla con actividades concretas.

**Tabla 4.** Campos y clases de la clasificación NIC

Campos	Definición	Clases
1. Fisiológico básico	Constituye los cuidados dirigidos al funcionamiento físico del organismo.	A. Control de actividad y ejercicio B. Control de la eliminación C. Control de la inmovilidad D. Apoyo nutricional E. Fomento de la comodidad física F. Facilitación de los autocuidados

## CAPÍTULO I. CUIDADO Y ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

2. Fisiológico complejo	Constituye los cuidados dirigidos a la regulación homeostática del organismo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>G. Control de electrolitos y ácido-base</li> <li>H. Control de fármacos</li> <li>I. Control neurológico</li> <li>J. Cuidados perioperatorios</li> <li>K. Control respiratorio</li> <li>L. Control de piel/heridas</li> <li>M. Termorregulación</li> <li>N. Control de la perfusión tisular</li> </ul>
3. Conductual	Constituye los cuidados dirigidos hacia el funcionamiento sicosocial y la promoción de los cambios en el estilo de vida de la persona.	<ul style="list-style-type: none"> <li>O. Terapia conductual</li> <li>P. Terapia cognitiva</li> <li>Q. Potenciación de la comunicación</li> <li>R. Ayuda para hacer frente a situaciones difíciles</li> <li>S. Educación de los pacientes</li> <li>T. Fomento de la comodidad psicológica</li> </ul>
4. Seguridad	Constituye los cuidados dirigidos hacia la protección contra los peligros para la persona, tanto de carácter físico como psicológico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>U. Control en casos de crisis</li> <li>V. Control de riesgos</li> </ul>
5. Familia	Constituye los cuidados dirigidos hacia la unidad familiar, centrados en alguno de sus miembros o en el conjunto de la familia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>W. Cuidados de un nuevo bebé</li> <li>Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé</li> <li>X. Cuidados de la vida</li> </ul>
6. Sistemas de salud	Constituye los cuidados dirigidos a promover el uso eficaz de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria por parte de los usuarios de dicho sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Y. Medición del sistema sanitario</li> <li>a. Gestión del sistema sanitario</li> <li>b. Control de la información</li> </ul>
7. Comunidad	Constituyen los cuidados dirigidos a promover el uso eficaz de los sistemas de prestación de asistencia sanitaria por parte de los usuarios de dicho sistema.	<ul style="list-style-type: none"> <li>c. Fomento de la salud de la comunidad</li> <li>d. Control de riesgos de la comunidad</li> </ul>

**Fuente:** (16)

La existencia y aplicación independiente de varias metodologías o clasificaciones para realizar diagnósticos de enfermería, se justifica hasta cierto punto por su diversidad de contenidos y sentidos; pero creó en su momento el riesgo de una dispersión en la apreciación de los resultados arrojados por cada esquema de clasificación. Por ello se planteó establecer relaciones de complementariedad entre ellas. Cada sistema aporta lo suyo. Mientras la NANDA ofrece un lenguaje normalizado para formular los diagnósticos, la clasificación NOC proporciona la guía para valorar o evaluar la evolución del problema y delimitar las situaciones del paciente; al tiempo que las intervenciones NIC ofrecen a la enfermera las sugerencias de intervenciones enfermeras más idóneas para la resolución del problema identificado en el diagnóstico.

Es por ello que se ha elaborado la relación de complementariedad y vinculación en el trabajo de los equipos de investigadores. Estas reflexiones apuntan a que la función de los diagnósticos concretos es que el profesional de enfermería pueda seleccionar los resultados y las intervenciones más adecuadas. Es allí, donde se complementan los elementos de guía de la NOC para tratar la etiología de un diagnóstico que permita la mejora de la salud y la solución del problema, mientras que la NIC, las intervenciones que puede realizar de manera independiente o en colaboración, y en cuidados tanto directos como indirectos. En síntesis, la vinculación entre los tres esquemas de clasificación para el diagnóstico enfermero ayuda a las enfermeras clínicas y los estudiantes a seleccionar los resultados e intervenciones más adecuados para los diagnósticos de enfermería de sus pacientes (17).

Hoy se asume como consenso que pueden complementarse los aportes de los diagnósticos NANDA con la clasificación de las intervenciones realizados por el NIC, así como los diagnósticos NANDA y los resultados NOC, o las intervenciones NIC y los resultados NOC. Estas herramientas de la enfermería (los diagnósticos NANDA, los resultados NOC y las intervenciones NIC) constituyen en conjunto el dominio de la enfermería en todas las situaciones y especialidades posibles. Al en-

trar en relaciones de complementariedad de estas tres herramientas, los profesionales de la enfermería contribuyen a una nueva taxonomía NNN que proporciona las repuestas a los problemas de seguridad, eficiencia, coste-efectividad de la práctica enfermera para los pacientes.

### *1.6. Enfermería e investigación*

Puede decirse que, en general, la investigación en enfermería se centra en la sistematización de evidencias, casos y la observación de la atención en el ejercicio mismo de la profesión, incluida la comprensión de los mecanismos fundamentales que afectan a la capacidad de autocuidado de las personas y sus familiares.

La generación de nuevos conocimientos impulsa a la disciplina de enfermería a asumir nuevos retos continuados, oportunos, seguros e integrales, sustentados en el juicio profesional, y en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución. Y para que estos juicios sean aceptables, deben, de igual forma, estar sustentados en la mejor evidencia disponible, resultado de la investigación.

En la actualidad, una buena parte de las investigaciones está encaminada a dar respuestas a los desafíos que representan la calidad de los servicios y la seguridad del paciente, porque se reconoce la necesidad de sustentar, con evidencias, las prácticas y su impacto en el estado de salud de las personas, y si estas contribuyen a mejorar su calidad de vida; a transformar los cuidados, técnicas y procedimientos, o a seleccionar los métodos para el sistema de salud.

La socialización de los resultados de las investigaciones es la parte complementaria e indispensable para cerrar el círculo virtuoso que se genera al comparar la teoría con la realidad cotidiana; la difusión de los resultados para su aplicación y utilización es en sí el propósito que debe prevalecer en el espíritu de quien investiga. (18).

La relevancia y la utilidad de investigar en enfermería tienen que ver con su progreso, que se desplomaría si la profesión no se renueva ni se fortalece continuamente con nuevo conocimiento y nuevas ideas. Así, observando y analizando lo que diferentes autores aportan al respecto, podemos resumir que todas estas declaraciones inciden en:

- a. la importancia fundamental de la investigación para el desarrollo de una profesión autónoma,
- b. la necesidad de ejercer una práctica (incluida la gestión y la educación) fundamentada científicamente y validada por la investigación,
- c. la necesidad de que los hallazgos de la investigación sean diseminados y utilizados,
- d. la investigación no debe contemplarse como algo extraordinario o un lujo, por si quedase todavía alguna duda. Existe, por consiguiente, un elevado grado de acuerdo sobre la relevancia de la investigación y la finalidad de la misma.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## CAPÍTULO II CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO



## *2.1. Conocimientos y actividades enfermeras en las áreas de pacientes críticos*

La atención a los pacientes críticos es de las áreas donde se hacen más valiosos el conocimiento experto y la actividad de las enfermeras, las cuales deben mostrar que están a la altura de las exigencias que se le hacen a su profesión, cuyas características adquieren un nuevo relieve, así como la naturaleza de sus intervenciones y el saber implícito que se debe poseer para responder adecuadamente. Al mismo tiempo, a parti de la reflexión y la generalización de esas prácticas tan exigentes, surgen teorías y conceptos, que pueden ser aplicables en los casos que presenten, al mismo tiempo que se asegura la calidad del cuidado. Por supuesto, estas demandas de conocimiento y buena práctica tiene repercusiones en el campo de la investigación, donde las enfermeras tienen un amplio camino por trabajar y desarrollar (19). En este sentido, adquieren importancia los modelos de enfermería que se deducen de las formulaciones generales de las teorías de la enfermería, y que permiten, a través de la confrontación con las experiencias concretas, profundizar en los conocimientos. Esta lógica en la cual de la teoría se infiere un modelo, inferido de la experiencia, aplicado y confrontado en la práctica y generalizado a partir de allí, es una lógica de desarrollo del conocimiento que es compartido por la comunidad científica de la enfermería, en donde se mantienen como constantes la reflexión, la investigación, el crecimiento de la disciplina y el mejoramiento de la satisfacción de los pacientes.

En este contexto se afirma que las Unidades de Pacientes Críticos son espacios muy exigentes para la práctica enfermera, además de estresantes, debido a múltiples factores: pacientes con riesgo vital inminente que son separados abruptamente de su familia; dependencia de diversos elementos invasivos; ambiente altamente tecnologizado e incomprensible para todo el que no trabaja ahí. Estos rasgos determinan las características especiales que debe adquirir el cuidado de enfermería, lo cual va a repercutir directamente en el paciente, en su familia y en el mismo profesional.

## **CAPÍTULO II.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

---

En las Unidades de Pacientes Críticos, el cuidado de los pacientes es más complejo, tiene que tomar en cuenta muchos más factores, pues allí son atendidos los casos en que los sujetos se han hecho más dependientes y vulnerables. Estas circunstancias se traducen para el profesional en sobrecarga de trabajo, sobrevaloración del modelo bio-médico y desconocimiento de los modelos de enfermería y su utilidad en la práctica. Una de las consecuencias de estas realidades es que la atención de enfermería se centra únicamente en las tareas o en las actividades derivadas del diagnóstico médico, en el manejo de la tecnología, actividades rutinarias, parcializadas y mecanizadas. Esto conspira contra la calidad del cuidado y la pérdida de sentido del desarrollo de la profesión enfermera, justo cuando su conocimiento y especificidad de su misión de cuidado se hace más necesaria. Por ello, es necesario sustentar la práctica clínica de las UPC en fundamentos teóricos de la disciplina permite evitar que la práctica solo se centre en la tarea y que el cuidado se vacíe de sentido humano.

El conocimiento de los modelos de enfermería y su aplicación en la práctica, adquiere una nueva pertinencia en las unidades de pacientes críticos o en las UCI. Para ello, es necesario realizar intervenciones educativas cuyo objetivo final sea implementar modelos de enfermería que contribuyan al cuidado profesional y de esta forma dar pasos claves para lograr el cuidado avanzado de enfermería en unidades de paciente crítico. Esto podría contribuir a mejorar la práctica de la disciplina en estas unidades y mejorar la satisfacción usuaria y la de las enfermeras.

Entre los temas que hay que reforzar, en la formación de la enfermería, se encuentra el de la Nutrición clínica y hospitalaria, por lo que hay propuestas para el diseño, implementación y conducción de programas hospitalarios de educación continuada en Nutrición clínica, Nutrición artificial y Apoyo nutricional. Estos programas deben servir para exponer a los diferentes operadores a las Buenas Prácticas de Alimentación y Nutrición del paciente hospitalizado, y asegurar la continuidad de los

cuidados alimentarios y nutricionales durante el tránsito del enfermo por las distintas etapas del proceso terapéutico (20).

Es importante que las enfermeras se propongan incorporar conocimientos disciplinares a su práctica. El conocimiento de la práctica avanzada debe ser un paso inicial para generar el cambio y hacer conciencia de que un cuidado profesional y de calidad implica necesariamente la utilización de teorías y modelos de enfermería. Si bien no está exento de esfuerzo y dedicación, aspectos claves son contar con el apoyo institucional, el conocimiento de una docente o enfermera experta y un liderazgo persistente y motivador de manera de transmitirlo al equipo con el que se desea trabajar.

Uno de los métodos para mejorar la formación de las enfermeras es el conocimiento permanente de informes de evidencias o de experiencias ya efectuadas, así como compartir con aquellas trabajadoras de la salud que ya hayan implementado el modelo deseado, es otra estrategia a seguir, especialmente para ver aspectos relacionados con la aplicación práctica. Así mismo, atender la comunicación entre el mismo personal de atención y cuidado, los pacientes y sus familiares y acompañantes.

## *2.2. La importancia de la familia y su participación en el cuidado en UCI*

Uno de los conceptos que siempre se deben tener presentes es que el cuidado es el eje y la función principal de las profesionales de la enfermería (21). Guiados por este principio, nos conseguimos con que el individuo en cuidados no es un ser aislado, sino que se halla inmerso en un complejo de relaciones que le son constitutivas. Por ello, es impensable separar al sujeto de su contexto más inmediato, que es la familia. La teórica de la enfermería Patricia Benner ha definido a la familia como la unidad básica de la sociedad, por lo que aparece como un factor significativo que debe participar en el cuidado y bienestar de la persona (22).

## **CAPÍTULO II.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

---

Por supuesto, en su práctica diaria los profesionales de enfermería han de atender tanto al paciente como a su familia, considerándolos como un todo integral, pero en las situaciones críticas las exigencias son tales que ameritan mayores conocimientos, criterios y habilidades de todo tipo, que suponen una mayor formación y experticia por parte de la enfermera que está presente en la situación.

Hay que considerar que en las unidades de cuidados intensivos se encuentra un equipamiento de gran complejidad, al mismo tiempo que las demandantes situaciones críticas pueden tener, por su alto riesgo, desenlaces fatales con la muerte del paciente. Si a esto se le agrega la necesidad de proporcionar unos cuidados de calidad que engloben la atención a la familia, se podrá valorar las exigencias de manejo de criterios y conceptos claros al respecto. Se trata de que la enfermera debe atender varios frentes a la vez, por lo que se le demanda la suficiente sabiduría y habilidad como para evitar que desatienda alguno. Existe el riesgo de que, cuando la atención está muy focalizada en salvar la vida de los pacientes, se puede descuidar a los miembros de la familia, quienes tienen, justo en situaciones de crisis, unas más altas demandas de cuidados, dada la circunstancia a la que se enfrentan (23).

Hay que tener presente que la misma gravedad del paciente lleva a la necesidad de su aislamiento, y esto tiene repercusiones, tanto para el sujeto como para su familia. Hay lógicamente un aumento de la ansiedad en la familia, sentimiento que permanece elevada durante toda la estancia en la UCI (24), ya que no hay un contacto directo con el paciente. Es entonces cuanto las familias sufren más por la tensión y la angustia, por lo que algunos estudios proponen unos cuidados específicos dirigidos hacia la familia, para que puedan superar ese tránsito lleno de incertidumbres (25) .

Es por ello que se plantea la posibilidad de incorporar a la familia en los cuidados del paciente crítico. Pero ello exige habilidades que deben

comprenderse entre las competencias que debe garantizar la formación profesional de la enfermería, en términos de Benner (26).

Habría que precisar que la habilidad de la enfermera para lograr implicar a la familia del paciente en el cuidado de estos, puede adquirirse con el tiempo y la experiencia. Pero, al mismo tiempo, esa competencia para integrar a la familia a los cuidados, ha de considerarse esencial para valorar la experticia de una enfermera. La experiencia brinda a la profesional de la enfermería la necesaria sensibilidad sobre aspectos más humanos y para la comprensión del significado que para el paciente tienen las relaciones interpersonales (27).

Es evidente que poder brindar unos cuidados de calidad supone una adecuada calificación de las enfermeras. La actividad clínica enfermera lleva implícita un conocimiento que resulta fundamental para lograr una mejor comprensión de la profesión, que tiene como consecuencia el mejoramiento permanente de la atención y la asistencia a las personas.

Los aspectos donde se nota el correcto desempeño y el juicio clínico de la enfermera experta en áreas de cuidados críticos, se evidencian al observar las respuestas que la profesional brinda a las necesidades del paciente y la familia.

Los aportes de la doctora Patricia Benner son fundamentales en este sentido, porque ella estudió la práctica enfermera para poder establecer y valorar el conocimiento que debe sustentar sus actividades (26). En este sentido, la autora distingue entre saber teórico y saber práctico, para de inmediato agregar que el último puede desarrollarse incluso antes que la teoría, e incluso, puede ayudar a ampliarla.

Benner desarrolla sus planteamientos acerca de la adquisición de habilidades en enfermería (28), tomando algunos elementos del Modelo Dreyfus, realizando un análisis por el que distingue la existencia de cinco grados significativos de competencias:

- principiante,
- principiante avanzada,
- competente,
- eficiente y
- experta.

Es al alcanzar este quinto estadio de experta, cuando la enfermera puede lograr conocer al paciente, ser capaz de identificar sus problemas rápidamente y de dar respuestas adecuadas y actuar partiendo del conocimiento profundo de la situación global.

Conocer las necesidades reales de la persona es un aspecto fundamental para la enfermera experta, incluso si esto implica un cambio en la práctica normal desarrollada hasta ese momento.

Benner (22) identifica nueve dominios o situaciones importantes en la práctica diaria del profesional de enfermería experto en cuidados de pacientes críticos, alrededor de las cuales se sistematizan los objetivos. En cada uno de estos dominios se destacan seis aspectos del juicio clínico y del comportamiento de la enfermera experta:

- a. pensamiento en acción y razonamiento en transición;
- b. conocimientos técnicos expertos;
- c. práctica basada en la respuesta;
- d. representación-mediación;
- e. agudeza perceptiva y habilidad de implicación, y
- f. enlace clínico y ético.

Benner enfatiza que el razonamiento clínico requiere razonamiento en transición (22), es decir, razonamiento sobre los cambios en una situación, en este caso en la familia. De tal manera que la enfermera, al alcanzar el grado de experta, puede percibir siempre el significado y la importancia de la situación para la familia, por lo que se hace capaz de interpretar cada cambio en la difícil situación.

Esto se aprecia a través de las impresiones que tiene la profesional acerca de lo compacto o no de la integración familiar, de la unidad o diferencias internas en el grupo familiar, infiriendo de allí la conveniencia de que el paciente pudiera requerir tenerlos a todos juntos junto al enfermo atendido. Así, al percibir que el núcleo familiar es un núcleo muy compacto, que se está en presencia de una familia muy unida y estructurada, se constata que la implicación de unos con otros es un factor que puede ayudar al cuidado del paciente. De esta manera, puede llegarse a la conclusión, a partir de la observación y el razonamiento, que puede ser favorable a su recuperación que el paciente puede tener cerca a su madre y a su pareja, porque ellas son importantes para él y también para la familia. La cercanía familiar reporta un beneficio emocional que puede ser decisivo en muchos casos.

La enfermera experta es capaz entonces de adaptar su práctica al involucrar a la familia e intentar hacerla partícipe del cuidado del paciente. Esto puede lograrlo, entre otras medidas y decisiones, al flexibilizar los horarios de visita, de acuerdo a la evolución del paciente momento a momento.

De esta manera, cuando una enfermera llega a ser experta, puede comprender razonablemente circunstancias cambiantes como el que, al lado de un caso clínicamente semejante a otros, circunstancias novedosas como el hecho de tener dentro de la habitación físicamente a una persona que no sea del equipo sanitario. Estos cambios se deciden tomando en cuenta el bienestar del paciente y de su familia, ofrecer un cuidado no sólo centrado en aquella persona, sino también en la familia. De esta manera, se toman las decisiones con mayor eficacia y eficiencia. Esto incluye las explicaciones que se le vayan dando a la familia a medida que se apliquen al paciente los cuidados específicos de su situación clínica. Esto contribuye a que la familia se vaya adaptando a la nueva situación por la que tiene que atravesar.

Estas decisiones, relacionadas con el participación de la familia en el cuidado del paciente, no debieran ser costosas en ningún sentido, si se hace en la oportunidad y medida adecuada, reflexionando acerca de su utilidad concreta. Un cambio de horario de visitas, por ejemplo, no debiera ser tan difícil, considerando que lo único que se está haciendo es cuidar a aquella persona lo mejor que se sabía hacer, además de esos cuidados a otra persona, que no me estaba suponiendo un esfuerzo tan importante, que no era tan difícil. Estos cambios, pequeños tal vez, pero significativos en las relaciones establecidas entre el personal profesional y la familia del paciente, contribuyen a ser más humanas las situaciones que se presentan en las UCI y demás espacios de emergencia.

De esta manera, con este ejemplo, se muestra la capacidad para interpretar adecuadamente la situación inicial de un grupo familiar, para comprenderla y plantear cambios o ajustes de momento a momento según la respuesta de los sujetos implicados, lo cual evidenciaría, tanto en pensamiento como en acción, unos patrones de pensamiento y de las acciones unidos hacia la respuesta a la familia, como el aspecto de la práctica basada en la respuesta.

Es observando estas capacidades en la acción que se puede decir que se trata de un profesional experto. Estos aspectos se pueden volver a observar cuando se menciona que los objetivos que se plantearon en los primeros días y posteriormente, cuando supieron que no había posibilidad de curación, fueron diferentes, pues las necesidades de la familia eran otras. Evidentemente, la primera semana nuestro objetivo es intentar mejorar el estado clínico. En estos primeros días no puedes plantear a la familia los cuidados. Esto puede cambiar en poco tiempo. A partir de los primeros días, cuando se va confirmando el pronóstico, el objetivo puede ser básicamente reposicionar la familia en este nuevo entorno que tendrán: tener en su casa, a su cargo, a una persona que no será nunca más la que ellos conocían y que si continuaba viviendo sería una persona totalmente dependiente.

Todo esto, el pensamiento en acción, el razonamiento en transición y la práctica basada en la respuesta son los sellos del buen juicio clínico, según Benner (28).

Los conocimientos técnicos expertos son aquellos que permiten a la enfermera pensar y decidir mientras la acción se desarrolla. En este proceso, la respuesta del paciente a las intervenciones permite a la enfermera mejorar su conocimiento acerca de lo que le está pasando al sujeto cuidado. El saber práctico toma en cuenta la observación, aunque hay aspectos que no son visibles. Cómo y dónde se sitúan las enfermeras para observar al paciente son considerados conocimientos técnicos expertos ya que puede implicar la posibilidad de reconocer un cambio del paciente.

La práctica de la enfermera experta basada en la respuesta es la capacidad de la enfermera para responder de forma flexible a las necesidades del paciente y, especialmente, de la familia. La enfermera experta muestra un diálogo continuo con la situación, desde el momento en que el paciente ingresa, evidenciando unas necesidades determinadas, hasta pasados unos días cuando las necesidades se modifican y la enfermera puede replantearse su trabajo y considerar conveniente centrar su atención en la familia.

Esas capacidades demuestran que puede leer la situación y entender que, por ejemplo, tratándose de familias estructuradas, las necesidades de la madre son unas y las del padre o la novia son otras distintas. Es decir, comprende las necesidades particulares de cada uno de los miembros de la familia y es capaz de adaptar las respuestas dependiendo de lo que sucede.

De esta manera, cambiar mediante decisiones convenientes cambiar algunas normativas, como el horario de las visitas, para poder ofrecer a la madre y a la novia del paciente la implicación en el cuidado del chico, demuestran la experticia de la profesional de la enfermería. La ma-

dre así, puede aceptar su rol y aceptar la oportunidad y estar las horas que la enfermera le indique, mientras que la pareja puede beneficiar de la ampliación del horario de las visitas, aunque quisiera participar del cuidado como tal, lo que sí hizo la madre: bañarlo, cambiarle las sábanas, aprender a limpiarle la herida de la boca, aprender a limpiarle los ojos, todas estas cosas.

Además, la enfermera experta debe saber ser proactiva en el sentido de ofrecer un abanico de posibilidades, en función de lo que ella cree que son las necesidades y de lo que va viendo en cada momento, pero sin forzar las respuestas.

De esta manera puede tenerse claro que la enfermera experta demuestra su sabiduría para leer la situación en cada momento y orientar sus intervenciones por la secuencia de las respuestas, en este caso, de la familia. Si las respuestas hubiesen sido otras, seguramente la intervención enfermera también lo hubiese sido, aspecto que reafirma que estamos ante una profesional experta.

El aspecto de la representación-mediación se refiere a la capacidad de actuar o de influir en una situación. En este sentido, cabe recalcar que la práctica de la enfermera experta influye en el equipo de salud y puede llegar incluso a modificar algunas normas, como el cambio de horarios de visita y su flexibilización, en función del bienestar del paciente y de su familia.

Cabe destacar que no se trata de trasgredir las normas por parte de la enfermera experta, de manera arbitraria, sin consultar a nadie o sin la aprobación del resto del equipo, sino que la idea surgió de una interpretación de las situaciones concretas, razonada ampliamente y consultada y aprobada finalmente por el resto del equipo de atención de salud. Se trata de un planteamiento de un miembro de un equipo, una propuesta que fue conversada por todo el equipo, y que afortunadamente el equipo acepta al ser razonablemente sustentada. Tal y como

argumenta Benner (22), las enfermeras expertas suelen contar historias donde se da la vuelta o cambia la situación.

Otros aspectos destacados por la autora son la agudeza perceptiva y la habilidad de implicación, las cuales quedan patentes cuando la enfermera experta identifica y resuelve los diferentes problemas a medida que cambia la situación, con lo que demuestra tener agudeza perceptiva. Esto en las narraciones de las enfermeras expertas, se ejemplifica con las interpretaciones donde se afirma que desde el principio se tenía la percepción de que probablemente, era mejor que el paciente tuviera cerca a su madre y a su pareja, que era importante para él y también para la familia, pero que para él también era importante [se emociona] y entonces, desde esta perspectiva, intentamos hacer.

Estas narraciones evidencian también la alta implicación y el compromiso por parte de las enfermeras expertas, que puede llegar a un compromiso emocional que se manifiesta mucho tiempo después de ocurridas las circunstancias. Esta capacidad de compromiso también se refleja en preocupaciones de cierta data y la duda acerca de la corrección de tomar ciertas decisiones, vacilaciones acerca de si se estaba haciendo lo suficientemente bien o podríamos hacerlo mejor.

El compromiso emocional de la enfermera experta se considera una habilidad adquirida de compromiso social y humano que caracteriza a este nivel de profesionalismo.

En estos casos, no hay que dejar de mencionar la relevancia de la buena capacidad de interrelación con la familia o con algunos miembros como la madre y la pareja. La preocupación y la involucración con el paciente y la familia dirigieron las acciones de la enfermera.

Son esas condiciones de compromiso ético y emocional, las que permiten incluso anticiparse a las posibles demandas o problemas de la familia, lo cual mejora la identificación de ellos. Tal y como expresa

## **CAPÍTULO II.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

---

Benner, “ser bueno en resolver un problema no es suficiente si se pasa por alto el problema más crucial o el problema se enmarca o se define de manera equivocada” (28).

Tomando en cuenta el enlace clínico y ético no es posible separar el razonamiento de ambos tipos. Desde un principio, la enfermera experta muestra implicación por las necesidades y los problemas tanto del paciente como de la familia. Esta no-indiferencia, esta participación, se realiza también en términos de consideración de lo que es bueno para ellos y de preocupación por si las prácticas profesionales no son lo buenas que deberían ser. Se da, por lo tanto, un cúmulo de aspectos tan importantes como el compromiso, la preocupación ética y la idea de lo bueno y lo malo.

Estas capacidades incluyen la perspectiva sabia de no enjuiciar, lo cual implica también el respeto por las decisiones y las actuaciones de los diferentes miembros de la familia, sin hacer juicios de valor. La postura más aconsejable es ofrecer una serie de posibilidades y aceptar las decisiones que los miembros de la familia tomen. Al ver, que son posicionamientos diferentes, igual de válidos y muy coherentes, cada una de ellos, con la relación que tenían previamente con el paciente.

El principio de beneficencia aparece como un componente esencial en la implicación y el compromiso por parte de la enfermera, por lo que se halla ligado al razonamiento ético. Esta premisa ética aparece cuando se plantea el hecho de si realmente tener a la familia cerca es beneficioso y útil para el paciente, así como para la elaboración del duelo de la familia. Ver cómo el contacto que la madre u otro componente del núcleo familiar, puede tener con el chico y ver la utilidad de ese contacto para ir resolviendo su dolor. Esta consideración puede llegar a entrar en conflicto con cierta rigidez que puede advertirse a veces en las estructuras de los espacios de atención sanitaria y el hecho de que mantengamos horarios tan restringidos, de alguna manera está haciendo un impedimento en el cuidado de los pacientes que tenemos en la UCI.

Hay que retomar el concepto de que la familia es el grupo de individuos que comparte una historia en común, rasgos genéticos, estilo de vida, costumbres y creencias y puede vivir bajo un mismo techo. Todas las personas tienen una familia como una característica muy importante. Ella es el grupo social más influyente para el desarrollo, la formación, la educación, la adaptación y el esparcimiento de los individuos (29). Además, una familia, cuando es funcional, se convierte en una unidad o sistema con estrechos vínculos irreducibles, en el cual cualquier modificación en alguno de sus miembros, repercute necesariamente en los otros. Esta es la razón fundamental por la que, cuando la familia enfrenta el proceso de salud, a través de la circunstancia de la enfermedad de alguno de sus integrantes, se constituye en una entidad que, en sí misma, necesita atención.

El personal de salud reconoce este hecho, e incluso forma parte de su formación profesional, pero este principio se suele olvidar en la circunstancia de que se produce una hospitalización. Desde el ingreso hasta el tratamiento, ocurre una especie de disolución del binomio paciente-familia. Esta última pierde su relevancia, y deja de ser tenida en cuenta, y puede ocurrir que hasta pasa a ser considerada como un ente molesto, perturbador, evitable, pasivo, espectador y ajeno sin efecto o trascendencia.

La unidad de cuidados críticos es un lugar representativo de esta exclusión familiar que se produce a propósito de la hospitalización. Esto se justifica a veces por la complejidad del cuidado que allí se ofrece, las normas propias de funcionamiento y la atención centrada casi de manera exclusiva en el sujeto que está presentando la alteración fisiológica que ameritó la hospitalización.

Durante mucho tiempo, este aislamiento se consideró conveniente y hasta necesario, debido a una serie de ideas que, gracias a investigaciones sistemáticas, han resultado ser erróneas acerca del agotamien-

## **CAPÍTULO II.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

---

to emocional (30), infecciones, aumento de costos por uso de insumos, alteraciones de las constantes vitales e interferencia u obstaculización en la realización de actividades (31).

De esta manera, durante mucho tiempo, lo usual fue lo que llegó a denominarse “secuestro del paciente” (25); es decir, colocar a la familia fuera de la unidad y limitar la autonomía hasta establecer la dependencia total hacia el personal de salud. Estas circunstancias se revelaron como la generación de un ambiente hostil (32) que convierte la experiencia en una totalmente aborrecible, con su carga de temor, estrés, angustia, caos, aburrimiento, soledad, e incluso desesperanza e incertidumbre.

Gracias a algunos estudios realizados desde finales de la década de los 70, se demostró que la restricción familiar ni es cuidado, ni demuestra compasión, ni es necesaria (33), y que, por el contrario, la participación familiar activa puede llegar a constituir una estructura de apoyo que logra disminuir la aparición de delirios, síndromes psicóticos y alteraciones afectivas, además de reducir el aburrimiento, el estrés y la ansiedad. También se demostró que la participación familiar en los cuidados de emergencia, puede llegar a promover la recuperación, la felicidad, la satisfacción; así como facilitar la educación, la comunicación, y disminuir las complicaciones cardiovasculares, todo lo cual redundaría en una disminución de la actividad autonómica, menor tono vasomotor, menor trabajo del ventrículo izquierdo, menor actividad plaquetaria y un perfil hormonal más favorable (descenso de TSH, cortisol) (34).

El reconocimiento de las necesidades de los familiares del paciente y su inclusión integral desde la perspectiva de enfermería, motivó la adaptación y el desarrollo de modelos como el elaborado, inspirado en la teoría de sistemas, por parte Betty Neuman, así como el modelo de adaptación de Callista Roy o, también, la teoría de la incertidumbre. Ahora bien, la teoría que abordó específicamente el tema de la parti-

cipación de la familia en la atención enfermera, es la teoría de la comprensión facilitada (35), que, elaborada por Judy Davidson en el 2010. Esta conceptualización plantea aspectos teóricos, prácticos y operativos concretos que permiten gestionar el cuidado de la familia cuando uno de sus miembros se encuentra frente a la enfermedad crítica.

### *2.2.1. Teoría de la comprensión facilitada:*

La teoría de la comprensión facilitada es una proposición de medio rango que comprende un sistema conceptual, teórico y empírico (SCTE), que tiene los siguientes componentes:

- **Componente Conceptual:** desde el punto de vista conceptual, se deriva del modelo de adaptación de Roy y la teoría de la información organizacional de Weick. De la primera toma los conceptos metaparadigmáticos y el planteamiento de la enfermedad como disrupción que requiere compensación y adaptación. De la segunda se apropia de los planteamientos alrededor de la interpretación de los mensajes, el entorno, la reflexión y el entendimiento.
- **Componente Teórico:** Davidson define la comprensión facilitada como un proceso dinámico, continuo, reflexivo y creativo por el que las enfermeras involucran a la familia en el proceso de cuidado y le ayudan a interpretar la información que reciben del ambiente, de manera tal que tengan de esta una conciencia correcta y positiva. Frente a la hospitalización de una persona en cuidado intensivo, la familia necesita, para estar bien, darle sentido a la situación, comprender lo que está pasando, adaptarse a su nuevo rol y entender lo que deben hacer.
- **Componente Empírico:** está conformado por todas aquellas actividades o intervenciones de comunicación que incluyen la escucha empática, la resolución de dudas, la aclaración del significado del entorno que rodea al paciente, la revisión de necesidades insatisfechas, la elaboración- resolución de preguntas y las actividades guiadas a la cabecera del paciente.

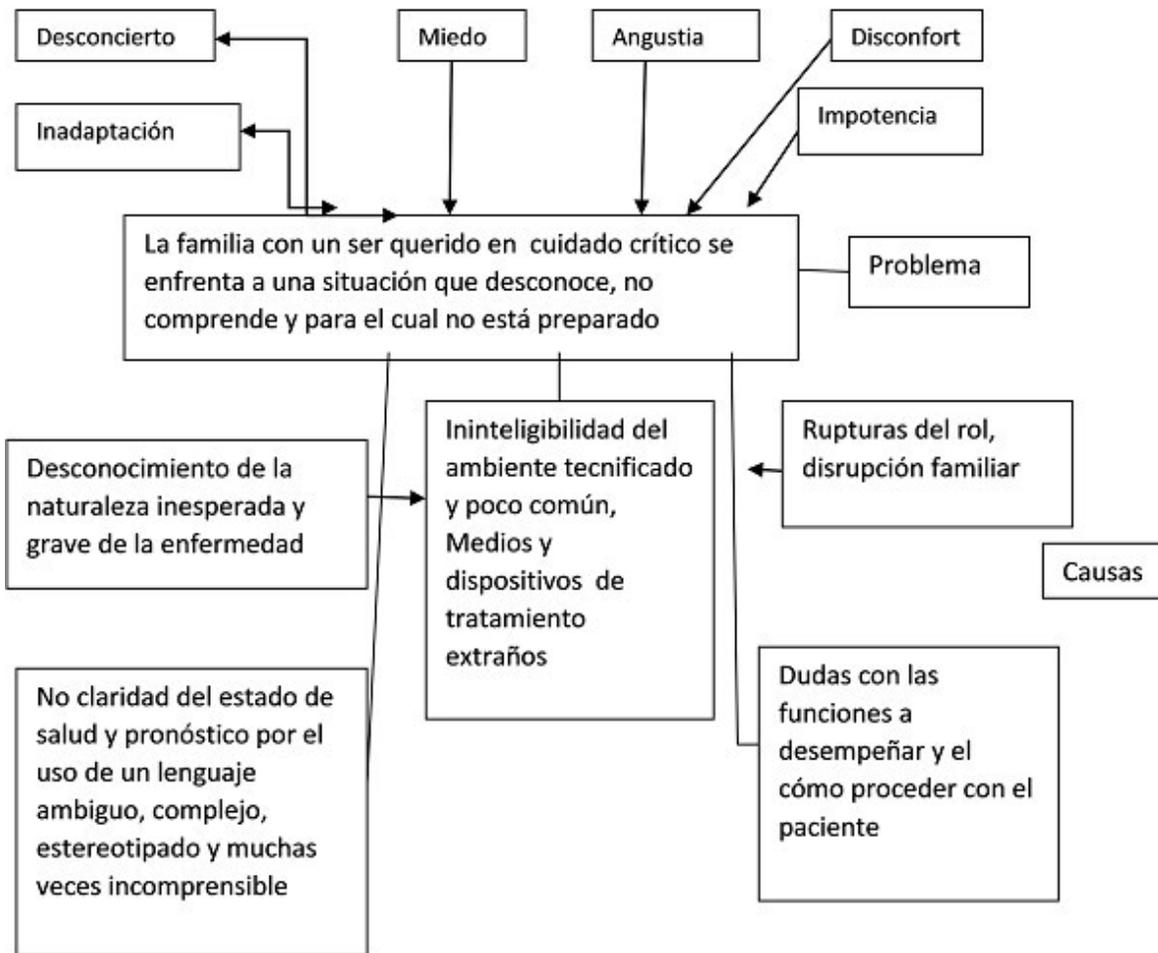
A partir de estos componentes teóricos, se propone una estrategia orientada a mejorar la atención de las familias con pacientes en cuidado crítico. Para ello, hay que avanzar a través de una serie de pasos, gracias a los cuales se pudieron:

1. Comprender de forma sencilla y esquemática el problema que involucra a los familiares de los pacientes en la UCI, sus causas y consecuencias.
2. Reconocer que las enfermeras, por su desempeño y por el contacto directo que ejercen, son las personas idóneas para mejorar, aliviar o empeorar el desconocimiento y la experiencia de los familiares de paciente hospitalizado en cuidado crítico.
3. Establecer objetivos, medios y la situación futura a la que se desea llegar con la implementación de la teoría de la comprensión facilitada.
4. Identificar y planear distintas actividades que, desde su factibilidad económica, temporal y de recursos, permitan dar solución al problema y cumplir con los objetivos establecidos.
5. Seleccionar para este caso (alternativa óptima) la elaboración de un plan de cuidados estandarizado, que es la protocolización y sistematización de las intervenciones de enfermería para un problema de salud específico. Su utilización supone una herramienta útil y un instrumento de referencia que garantiza mejorar el manejo de recursos, optimizar la utilización del tiempo, buscar alternativas de mejoramiento, desarrollar actividades con los mejores estándares de calidad, adecuar las necesidades de las personas a los procesos, homologar el lenguaje dentro de la práctica y asegurar las acciones.

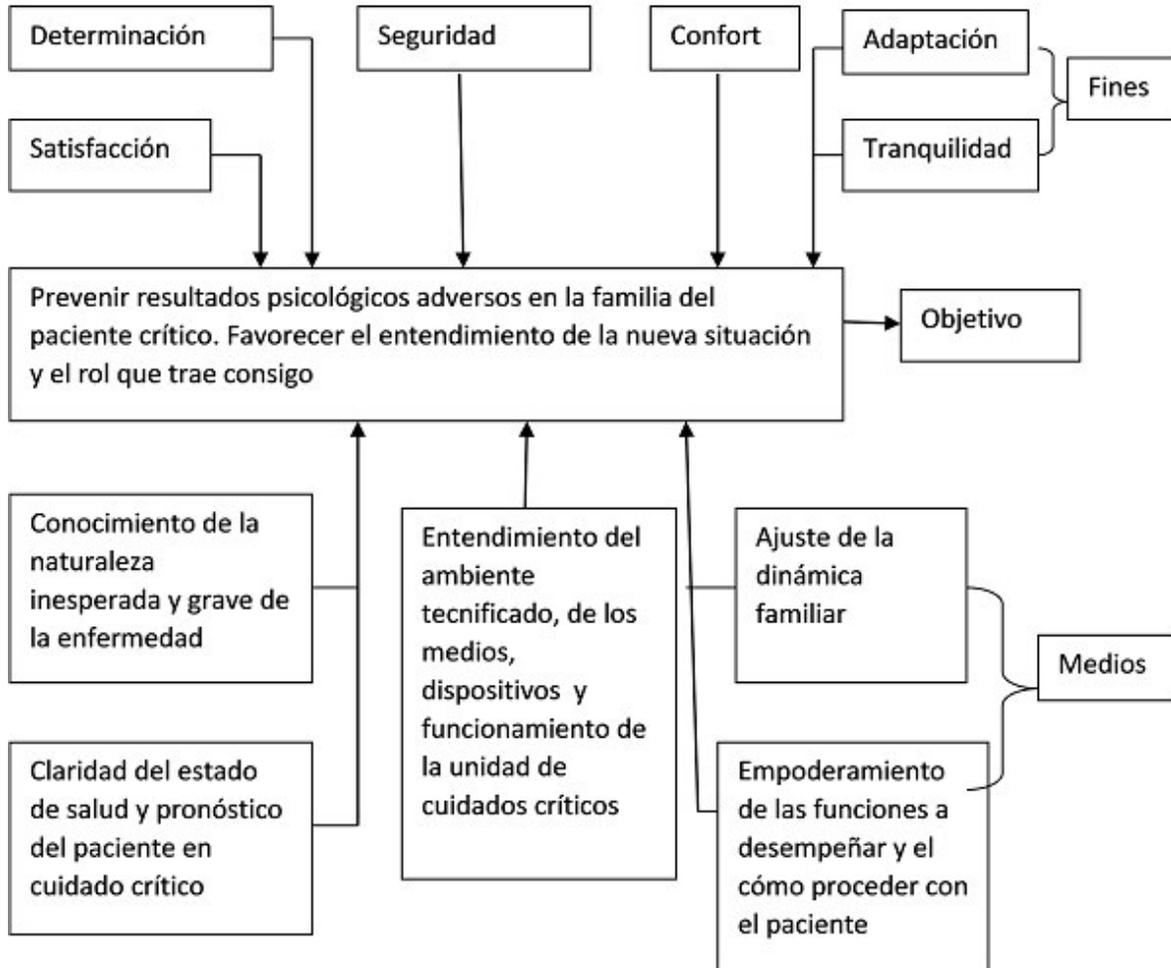
El plan, confeccionado mediante los conceptos de la teoría de la comprensión, además de facilitada y apoyada con las taxonomías NANDA, NIC y NOC cuenta con cuatro diagnósticos prioritarios de las posibles situaciones más frecuentes que la familia debe enfrentar cuando un ser querido está en una condición crítica de su salud.

Además, presenta la valoración e identificación de los aspectos que caracterizan el comportamiento frente a este problema, determina las acciones a realizar para prevenir, reducir o eliminar esa situación, el resultado esperado y, finalmente, hace una lista de las intervenciones generales y/o específicas con las que se espera brindar atención a la familia, mejorar la comunicación, beneficiar la comprensión, aumentar el confort, la satisfacción, favorecer la buena práctica y la réplica de cuidados de excelencia durante el cuidado crítico.

Ilustración 6. Árbol de problemas



**Ilustración 7.** Árbol de soluciones



**Tabla 5.** Alternativas de solución

Medio	Alternativas de solución		
Conocimiento de la naturaleza inesperada y grave de la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación sobre técnicas y las herramientas de comunicación efectiva y atención humanizada.</li> <li>• Actividades de sensibilización respecto a las necesidades de información de la familia.</li> <li>• Aumentar número de las enfermeras en cada turno para tener más tiempo y con él más disponibilidad para atender a la familia y a los pacientes.</li> </ul>	Plan de cuidados individualizados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración</li> <li>• Diagnóstico</li> <li>• Planeación</li> <li>• Intervención</li> <li>• Evaluación</li> </ul>	Plan de cuidados estandarizados: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valoración.</li> <li>• Diagnóstico.</li> <li>• Planeación.</li> <li>• Intervención.</li> <li>• Evaluación.</li> </ul>
Claridad de estado de salud y pronóstico del paciente de la UCI.			
Ajuste de la dinámica familiar.			
Empoderamiento de las funciones a desempeñar y el cómo proceder con el paciente			
Entendimiento del ambiente tecnificado y de los medios, dispositivos y funcionamientos de las UCI	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elaboración de folletos informativos para la familia con explicación sobre la infraestructura de la UCI, normas, horarios de visita, espacios de información, teléfonos y actividades que se pueden realizar.</li> <li>• Establcer un recurso humano encargado de brindar a la familia información sobre la infraestructura de la UCI, normas, horarios de visita, espacios de información, teléfonos y actividades que se pueden realizar.</li> </ul>		

**Tabla 6.** Plan de cuidados enfermeros en Cuidados Intensivos

Diagnóstico de Enfermería: Conocimientos Deficientes Carencias o deficiencias de información relacionada con un tema específico			
Valoración	Resultados Esperados	Intervenciones Generales	Intervenciones Sugeridas
<p><b>Características definitorias:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comportamientos exagerados</li> <li>• Seguimiento inexacto de las instrucciones</li> <li>• Comportamientos inapropiados (por ejemplo: crisis nerviosas, hostilidad, agitación, apatía, etc.)</li> <li>• Informa del problema</li> </ul> <p><b>Factores relacionados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Limitación cognitiva</li> <li>• Mala interpretación de la información</li> <li>• Poca familiaridad con los recursos para obtener la información</li> </ul> <p><b>En UCI</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Búsqueda constante de información</li> <li>• Ostentación de información incompleta o inexacta</li> <li>• Manifestación de insatisfacción con los cuidados</li> <li>• Demostración de habilidades de comunicación, socialización y actuación insuficientes</li> </ul>	<p><b>Conocimientos: cuidados en la enfermedad</b> (Grado de comprensión de la información transmitida sobre la información relacionada con la enfermedad necesaria para alcanzar y conseguir mantener una salud óptima)</p> <p><b>Satisfacción del paciente/ usuario:</b> Enseñanza: grado de percepción positiva de las instrucciones proporcionadas por el personal de enfermería para mejorar el conocimiento, la comprensión y la participación en los cuidados</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enseñanza individual</li> <li>• Mejorar el acceso a la información sanitaria</li> <li>• Potenciación de la disposición al aprendizaje.</li> </ul>	<p>Enseñanza: proceso de enfermedad.</p> <p>Enseñanza procedimiento/ tratamiento.</p> <p><b>Comprensión facilitada</b> Realizar procesos informativos acerca de horarios, elementos usados en el tratamiento, dispositivos tecnológicos del ambiente, estado de salud, pronóstico y progreso del paciente.</p> <p>Favorecer espacios que enmarcados en la cordialidad permitan la expresión de interrogantes. Mostrar disponibilidad. Proporcionar explicaciones sencillas en términos comprensibles y claros. Permitir la reflexión sobre acontecimientos.</p> <p>Ofrecer clarificaciones de información de inicio y final de la visita.</p> <p>Asegurar la comunicación diaria con el equipo de salud atende el problema.</p>

### *2.3. Cuidados avanzados de enfermería*

La definición de cuidados avanzados tiene que ver con el apoyo en marcos teóricos apropiados para la disciplina con el objetivo de entregar cuidados holísticos a los pacientes. Con ello, los investigadores se refieren a un modelo o teoría probada científicamente, diseñada por una enfermera en base a su conocimiento y experiencia (15).

Los cuidados avanzados de enfermería comenzaron a desarrollarse en la década de los 60 en Estados Unidos, Inglaterra, Australia y Canadá. En Latinoamérica su evolución y desarrollo se ha venido dando en los últimos años en algunas universidades del continente, asumiendo la orientación teórica y científica de la tendencia predominante a nivel global.

La tarea por hacer es superar la posible debilidad de las profesionales en enfermería acerca de teorías o modelos de enfermería que sustente su quehacer. Una creencia que juega en contra de estos avances en la formación y profundización de la profesión es que la aplicación de estos modelos son complejos y demandan mucho tiempo especialmente al ser escritos. Pero, la utilidad de los beneficios que entregan estos marcos de referencia en el desarrollo de la profesión, son variados y comprobados ya que permiten la creación de conceptos y propuestas generalizables y consensuadas para la atención del paciente, proporcionan hipótesis verificables, integran conocimientos de otras disciplinas, describen un fenómeno entre sí porque lo relacionan y orientan en la mejora de la práctica en cuanto son creados a partir de la observación.

La ausencia de modelos de enfermería adquiere mayor relevancia en las unidades de paciente crítico o en las Unidades de Cuidados Críticos, donde la atención de los pacientes es más compleja, debido a su dependencia y vulnerabilidad. Las UPC y UCI se han asociado a unidades en las cuales la tecnología y la eficacia práctica predominan sobre las relaciones personales y la calidad humana.

La alta tecnología que a veces se utiliza en las UCI se asocia con deshumanización y despersonalización por parte de los equipos de salud. Algunos autores han planteado el desafío que supone para las enfermeras armonizar entre el paradigma científico y el paradigma humanista, es decir, armonizar la tecnología con el cuidado. El problema a resolver se plantea en las maneras como la enfermera utiliza de forma adecuada la tecnología y la pone al servicio del cuidado de las personas, en especial en este tipo de escenarios.

Las unidades de paciente crítico constituyen las unidades de mayor complejidad dentro de los centros hospitalarios de salud. Tienen cupos reducidos, a los cuales ingresan pacientes graves que necesitan asistencia en terapias específicas como ventilación mecánica, asistencia hemodinámica, cardiovascular, renal, entre otras. Poseen por ello alta especificidad tecnológica y de recursos, tanto materiales como de personal.

La distribución general del personal de enfermería, es de una enfermera por cada tres pacientes, siendo parte de las funciones de las enfermeras el cuidado clínico, dentro de ello, la monitorización del paciente, cumplimiento del tratamiento médico, realización de procedimientos, planificación del cuidado, entre otras. En cuanto a actividades autónomas de la profesión se encuentra, principalmente, la aplicación del proceso de enfermería en cada uno de los pacientes a su cargo, de lo que se desprende el plan de enfermería dirigido al personal técnico, es decir, el control de signos vitales, programación de prevención de lesiones de la piel, confort del paciente, entre otras. Actividades orientadas a la gestión son la coordinación con otros profesionales y servicios de apoyo a la unidad y actividades administrativas como el suministro de insumos, medicamentos del día para los pacientes a cargo, etc.

Otra función fundamental de la enfermera en estas unidades es la evaluación constante del estado de los pacientes asignados a su cargo, con el fin de mantener su condición estable o pesquisar precozmente posibles complicaciones. Otra de las funciones importantes que desa-

rolla la enfermera en estas unidades es la interacción con la familia, ya sea dando información, explicación de los procedimientos y educación.

Por otro lado, el perfil de los pacientes que ingresan y permanecen en estas unidades debe ser considerado al elegir un modelo o teoría en particular, ya que presentan características particulares y que por tanto guían los cuidados brindados por los profesionales y en especial por las enfermeras. En cuanto a aspectos epidemiológicos de los pacientes de UPC, se observan altas tasas de mortalidad, de los que sobreviven al año fallecen entre 26 y 63%; y el 33% de ellos, nunca vuelve a trabajar debido a la alta dependencia de las actividades diarias al alta. En cuanto a características psicológicas evaluadas posterior al alta, entre el 10 y 50% de los pacientes presentan síntomas de depresión, ansiedad, estrés post traumático y problemas de sueño. Y sus familiares directos, el 70% sufre síntomas de ansiedad y el tercio puede sufrir síntomas de depresión y estrés post traumático.

Por otro lado, estudios han abordado la relación que existe entre los enfermeros y los familiares de pacientes en estas unidades, encontrando una comunicación insuficiente entre ambos. Sin embargo, estos mismos estudios describen el deseo de los enfermeros de participar más en la entrega de información a las familiares, como así también flexibilizar los horarios restrictivos en estas unidades.

Es claro entonces que los modelos de enfermería son un medio necesario para el desarrollo de la disciplina y forman parte esencial para brindar un cuidado avanzado en enfermería. La ética del cuidado se basa en respetar el sufrimiento del otro, ser sensible a su dolor, protegerlo a él y su familia y hacerle sentir lo menos posible su discapacidad o dependencia. De esta forma, el cuidar se configura como un acto inherentemente ético, puesto que involucra el respeto a la dignidad de la persona que requiere de dicho cuidado y el respeto a la dignidad misma del enfermero que lo otorga.

La ética del cuidado, entonces, se encuentra implícita en los modelos en cuanto propicia y guía un cuidado centrado en la persona como ser digno. Ofrece de esta manera un marco teórico y ético del cuidado que la enfermera en su condición profesional, moral y ética debe otorgar. Además de reforzar su condición social y valórica de servicio a la sociedad. El cuidar involucra necesariamente no dañar a otros, y esto se realiza a través de la responsabilidad autoescogida para brindarlo, en cuanto se elige esta profesión y se desea otorgar un cuidado profesional.

Se han descrito en la literatura una gran teoría, una teoría de rango medio y un modelo de enfermería que han sido aplicados en unidades de paciente crítico.

El modelo de Virginia Henderson ha sido probado en la práctica clínica y podría ser de gran utilidad en las UPC, ya que está orientado principalmente al rol asistencial de la enfermera. Establece 14 componentes a evaluar en la atención de los pacientes, lo que permite una valoración integral de la persona tomando en cuenta su entorno y recuperación. Este puede ser aplicable a través del Proceso de Enfermería (PE), a través de la descripción de una relación enfermera-paciente como “sustituta” cuando el paciente es totalmente dependiente, establece un rol docente para enfermería y además considera la atención digna en el proceso de la muerte. Este modelo es uno de los más reconocidos por las enfermeras clínicas, existiendo una serie de experiencias descritas, especialmente asociado al PE, a registros de enfermería y como modelo a seguir en escuelas de enfermería a nivel mundial y nacional.

La teoría de mediano rango basada en el modelo de adaptación de Roy y la teoría organizacional de Weick, “Facilitar el hacer sentido en familiares de pacientes en UPC”, de Judy Davidson, es un modelo práctico y comprobado en familiares de pacientes de unidades de cuidados intensivos (UCI).

A través de una buena comunicación, sencillas instrucciones y actividades orientadas al confort y recreación del paciente por parte de la enfermera, se pretende disminuir los efectos psicológicos adversos (depresión, stress y trauma post traumático) del familiar al sentirse útil y contribuir con el bienestar de su ser querido. Incluso, a partir de esta teoría, se establecieron guías de prácticas clínicas para el soporte de familiares de pacientes de UCI, del Colegio de Medicina Intensiva en USA (30).

Un modelo de enfermería que se ha utilizado en unidades con pacientes de estadía prolongada es el modelo Primary nursing o “enfermera de cabecera”, creado por Marie Manthey a fines de la década de los 60. Este modelo propone cuidados de enfermería centrados en el paciente a través de una relación interpersonal y humana, mientras la enfermera se empodera de su rol.

Existen cuatro principios fundamentales en este modelo:

1. Responsabilidad, donde una enfermera se hace responsable del cuidado integral de un grupo de pacientes de acuerdo a sus necesidades;
2. Método de caso, la enfermera es asignada a un número determinado de pacientes, de los cuales organiza y coordina todas los cuidados;
3. Comunicación, la enfermera es *la* interlocutora de los cuidados de sus pacientes con el resto del equipo de salud, con el paciente y su familia;
4. Continuidad en el cuidado, independiente de los turnos, es la enfermera de cabecera la que vela por la continuidad de los cuidados desde el ingreso del paciente al alta.

Este modelo ha sido ampliamente probado y documentado con buenos resultados en la práctica clínica, especialmente en pacientes crónicos. En unidades de paciente crítico, se ha aplicado en la mejora de aspectos tales como la calidad y seguridad de la atención de los pacientes.

Sin embargo, destaca el desgaste emocional que sufren las enfermeras producto del vínculo y el tiempo prolongado con pacientes graves, de los cuales muchos fallecen.

Implementar un modelo de enfermería en las unidades de paciente crítico para la práctica clínica diaria, si bien parece una difícil aspiración, puede llegar a ser una realidad, si las enfermeras se proponen incorporar conocimiento disciplinar a su práctica. El conocimiento de la práctica avanzada debe ser un paso inicial para generar el cambio y hacer conciencia de que un cuidado profesional y de calidad implica necesariamente la utilización de teorías y modelos de enfermería. Si bien no está exento de esfuerzo y dedicación, aspectos claves son contar con el apoyo institucional, el conocimiento de una docente o enfermera experta y un liderazgo persistente y motivador de manera de transmitirlo al equipo con el que desea trabajar.

La práctica basada en evidencia, a través de experiencias ya efectuadas y el compartir con enfermeras que ya han implementado el modelo deseado, es otra estrategia a seguir, especialmente para ver aspectos relacionados con la aplicación práctica.

El seguimiento, la evaluación y la retroalimentación podría permitir la utilización continua de modelos de cuidados, y si es necesario efectuar cambios, modificaciones y ajustes al mismo. El desarrollo de modelos en unidades de paciente crítico es una iniciativa que es posible de desarrollar como un proyecto innovador y pionero en el área de unidades de pacientes críticos, que incluya en el centro a sus pacientes y familias, y que permita un desarrollo disciplinar para los enfermeros en el país.

#### *2.4. Atender la comunicación*

Los defectos de la comunicación entre el equipo de enfermería y los pacientes, tiene efectos negativos en las relaciones de cooperación y hasta en la salud mental de todos. Entre estos, se han observado la

## **CAPÍTULO II.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

---

generación de sentimientos de ira, miedo, inquietud, pérdida de control, despersonalización, frustración y ansiedad. También el desánimo y el estrés pueden ocasionar ciertas dificultades en la comunicación, lo cual condiciona una menor interacción con la familia y sus cuidadores. En una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) se convive con la gravedad de los individuos hospitalizados, el sufrimiento de sus familiares y la vivencia constante de la vida y de la muerte. En este contexto, por ejemplo, los pacientes que requieren apoyo ventilatorio señalan que los problemas de comunicación van, desde los moderados, hasta los extremadamente molestos.

Hay que tomar en cuenta que es una experiencia aterradora estar imposibilitado de hablar, debido a la presencia de un dispositivo en la boca. Un factor adicional de interferencia en la comunicación, puede ser el uso de sedantes, los cuales se utilizan para favorecer la adaptación del paciente a la ventilación. Del mismo modo, el uso de contenciones físicas, frecuentes y necesarias en este grupo de pacientes, también se ha relacionado con menores grados de comunicación, dado que se imponen como una barrera física entre el paciente y quien lo cuida.

Hay que considerar que la relación enfermero-paciente comprende varios contactos físicos cuando se ejecutan varios procedimientos. En esta situación es muy importante la interpretación de los gestos, los movimientos y las posiciones con las cuales los pacientes sometidos a ventilación mecánica intentan comunicar sus emociones, sentimientos y percepciones, al no poder expresarlos mediante el lenguaje hablado (36).

Las oportunidades de comunicar se le presentan al paciente en las situaciones de cuidados más directos, tales como el baño, el control de signos vitales y la administración de medicamentos.

Los equipos de enfermería deben estar atentos a sus necesidades con el objetivo de otorgar cuidados seguros, efectivos y acordes con las

necesidades particulares de cada paciente. Por ello, es muy importante la evaluación inicial que realice al inicio de cada turno, así como cuando el paciente está iniciando el proceso de desconexión de la ventilación mecánica. Es en esos momentos cuando la valoración de la posibilidad de comunicación resulta clave para poder identificar los cuidados más adecuados para la condición clínica del paciente.

Entre los métodos más utilizados para establecer una comunicación entre el paciente y las enfermeras se mencionan las de solicitar al paciente que apriete la mano o que cierre los ojos si la respuesta es afirmativa frente a preguntas simples, o el ofrecer lápiz y papel para escribir. Sin embargo, hay estados del paciente que reducen la posibilidad de comunicación, entre ellas la sedación y el uso de contenciones, las cuales también han sido identificadas por otros autores. Por ello se recomienda que se disponga de tiempo para poder intentar comunicarse con los pacientes (37).

Una profesional de la enfermería experta debe estar dispuesta a brindar todas las posibilidades de confort del paciente y la familia. Las actividades de cuidados directos que dirige a las personas requieren explorar sus preferencias, y especialmente detectar el momento en que cada una de ellas está preparada para recibir información y participar en el proceso. En cuanto a la familia, y a pesar de los obstáculos que encuentran en relación con su participación en el cuidado del paciente, diferentes estudios, muestran hasta qué punto los familiares desean y valoran la posibilidad de involucrarse en el cuidado de un ser querido. El seguimiento, la evaluación y la retroalimentación pueden permitir la utilización continua de modelos de cuidados, y si es necesario efectuar cambios, modificaciones y ajustes al mismo. El desarrollo de modelos en unidades de paciente crítico es una iniciativa que es posible de desarrollar como un proyecto innovador y pionero en el área de unidades de pacientes críticos, que incluya en el centro a sus pacientes y familias, y que permita un desarrollo disciplinar para los enfermeros en el país (15).

### *2.5. Cuidados enfermeros en las Unidades de Cuidados Intensivos*

El personal de enfermería es una parte muy importante del equipo de atención de salud que trabaja en los servicios de medicina intensiva. Se recomienda que se asigne una enfermera por cada 2 camas de pacientes y que su trabajo se organice en tres turnos al día, dirigidos por una supervisora que depende jerárquicamente de la dirección de enfermería.

La estructura ideal de una UCI debe cubrir una serie de necesidades humanas y técnicas. Entre las primeras, podemos mencionar las propias del paciente o enfermo, que van desde saberse cuidado constantemente, para lo que debe tener contacto directo con quién le cuida, disponer de privacidad que facilite el necesario respeto a la intimidad propia y del resto de pacientes, para esto son necesarias camas individuales o individualizables. Debe haber contacto con la familia: verla y estar con ella. Todo ello ha de contribuir a crear un ambiente agradable, climatización adecuada, ausencia de ruidos, posibilidad de visión al exterior y luz de día. Recibir atenciones continuas como limpieza, comidas, etc.

Igualmente, hay que tomar en cuenta las necesidades de los familiares: información honesta y fácil de entender sobre el estado del paciente; seguridad de que el paciente está recibiendo los mejores cuidados posibles, espacio para estar cerca de la unidad, donde se les pueda localizar fácilmente, posibilidad de ver al enfermo, estar o hablar con él, información periódica sobre el estado del paciente en un lugar tranquilo y en privado.

Por otra parte, hay que garantizar satisfacer las necesidades del personal de la unidad: vestuarios y aseos adecuados en número, tamaño y situación, espacios de estancia, estudio y trabajo bien compartimentados, ambiente general agradable, abierto, buena ventilación y acondicionamiento, un sistema de llamada o localización fiable y seguro que asegure la posibilidad de una actuación inmediata.



## **CAPÍTULO II.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

---

los familiares, con el fin de crear un ambiente de confianza, pero sin abrumarles con un exceso de información.

Por otra parte, el ambiente de UCI tiende a privar de su independencia al paciente, por lo que debemos velar por mantener el derecho a la intimidad personal, sobre todo durante los procedimientos y exploraciones.

El ambiente en las UCI debe estar regido por la eficiencia y la continuidad de los cuidados. Se mantendrá, si es posible, la continuidad en la adscripción del paciente, siendo siempre amables pero firmes en nuestro trato. El ambiente físico es muy importante en el bienestar emocional del paciente. La iluminación ha de ser lo más natural posible y se deben apagar las luces durante la noche.

Para el respeto del derecho a la intimidad, hay que considerar medidas de aislamiento como biombos y un cierto “tacto” al realizarles técnicas puede ayudarles a disminuir su sensación de falta de intimidad.

La higiene es muy importante, dado que, por lo general, los pacientes permanecen mucho tiempo en cama; prestar especial atención al cuidado de la piel, ojos, boca y a la realización de ejercicios pasivos o activos, según la evolución del paciente. En los hombres, el rasurado ayuda a mantener su imagen personal y autoestima.

La familia desempeña un papel fundamental de ayuda en la orientación del paciente. Muchos pacientes se sienten cómodos teniendo un familiar a su lado, mientras otros necesitan tener las visitas más limitadas. Se debe evaluar la respuesta del paciente a las visitas y fijar los límites adecuados.

Para todos los pacientes son importantes los periodos de reposo-sueño. El dolor es tan importante como cualquiera de las constantes vitales; detectar con prontitud el dolor en el paciente y disponer de los medios para aliviarlo.

La preparación comienza tan pronto como se inicia la mejoría del paciente. Puede ser para el paciente y su familia una situación que genere ansiedad; por eso, se le debe explicar qué constituye un signo de progreso y mejoría.

Con el aumento de la esperanza de vida, son cada vez más los pacientes mayores que ingresan en la UCI. Por ello, los cuidados deben extremarse en el sentido de infundir confianza y hacer sentir cómodo al paciente. Tener presente siempre al paciente, informarle del funcionamiento de la unidad, horarios de visita, comidas, etc. La presencia sucesiva de varias personas en los primeros instantes corre el riesgo de trastornar al paciente o de inquietarlo.

Hay que estar pendiente del estado de ánimo de los pacientes de edad avanzada, pues el aislamiento en su habitación individual puede llevarle a un estado depresivo. Es conveniente instalar barandas por la noche para una mayor seguridad, pero insistiendo siempre en que son para ayudarlo a cambiar de postura en la cama, pues pueden ser mal aceptadas psicológicamente.

La hospitalización no programada puede provocar desorientación y agresividad; es un estado transitorio fruto de la reacción al cambio brusco de ambiente. La inmovilización obligada puede agravar el estado de agitación del anciano; por ello debe ser utilizada como último recurso.

Hay que prestar especial atención a los ancianos con perfusión de nitroglicerina o lidocaína y a los efectos paradójicos de algunos sedantes. En ocasiones se necesitará de paciencia en grado muy elevado y una fuerte vocación para mantener una eficaz asistencia.

La higiene general del enfermo crítico es una intervención básica de enfermería que tiene como objetivo proporcionar bienestar y comodidad, a la vez que constituye una medida para luchar contra las infec-

ciones. El momento del aseo del paciente es muy importante, ya que pueden producirse efectos adversos como hipotensión o hipertensión arterial, desaturación y desadaptación de la ventilación mecánica, hipertensión craneal, fibrilación auricular e incluso parada cardiorrespiratoria, eventos que se deberán prevenir y actuar si aparecen; a su vez, el aseo permitirá valorar cómo está, por ejemplo, la piel del enfermo, las zonas de apoyo.

Antes de comenzar la higiene hay que valorar el estado hemodinámico del paciente y, en el caso de que exista inestabilidad hemodinámica, aplazar el aseo hasta que se consiga el control hemodinámico. Hay que conseguir una óptima adaptación a la ventilación mecánica. Procurar la ausencia de dolor o que este sea tolerable (para estos tres primeros objetivos es posible que haya que modificar la velocidad de perfusiones de fármacos o administrar bolos de los mismos, siendo imprescindible consultar con el intensivista responsable del enfermo o con el que esté de guardia).

Se debe planificar cuidadosamente el tipo de movilización que se va a realizar durante el aseo (según el diagnóstico, prescripción de restricción de movimientos, estado actual del paciente y medidas de soporte vital requeridas), así como garantizar los recursos materiales y personales necesarios para el cambio de ropa de cama. Esta planificación previa ayudará a evitar los eventos adversos, derivados de la inadecuada movilización del paciente y la prolongación innecesaria del tiempo de aseo.

El procedimiento del aseo del paciente mayor, debe tener previsto:

- a. La preparación del material, situándolo al lado de la cama del paciente y después de comprobar la temperatura del agua.
- b. Hacer un lavado higiénico de manos y colocarse guantes desechables.
- c. Colocar al paciente en posición adecuada para iniciar el aseo, normalmente en decúbito supino.

- d. Retirar las líneas de monitorización o tratamiento que puedan entorpecer el aseo del paciente y que no sean imprescindibles (manguito de presión arterial no invasiva, dispositivos para la prevención de úlceras por presión, accesorios para elevación de miembros inferiores o superiores, etc).
- e. Vigilar estrechamente las constantes hemodinámicas y el estado respiratorio del paciente durante todo el procedimiento de aseo.
- f. Enjabonar, aclarar y secar por partes. Siempre que la piel del paciente lo tolere, para enjabonar lo más indicado es usar esponjillas desechables y frotar suavemente.
- g. Las esponjillas que entran en contacto con la piel del enfermo no deben ser sumergidas de nuevo en el agua del aseo con el objetivo de evitar la contaminación de esta.
- h. Realizar el lavado desde las zonas más limpias a las menos limpias: ojos, cara (con agua sola, no usar jabón), orejas, cuello, brazos y axilas, manos, tórax y abdomen, parte anterior de extremidades inferiores y genitales. Nariz: aspirar secreciones nasales salvo orden en contra (traumatismo nasal o fractura de huesos nasales, taponamientos,...), retirar el esparadrapo de la SNG, movilizar la misma para evitar decúbitos nasales y en el estómago, limpiar restos de esparadrapo y poner uno limpio. Orejas: limpiar bien el pabellón auricular, no utilizar bastoncillos ni hurgar en el interior; tampoco quitar costras porque pueden sangrar.

Hay que tomar en cuenta, en el cuidado de pacientes varones, que el afeitado ayuda a mantener la autoimagen. Antes de realizar la higiene en la región urogenital, se debe observar si aparece en el meato urinario una secreción amarillenta o blancuzca. De ser así, se debe comunicar al intensivista para hacer un frotis; lavar con jabón y agua templada, enjuagar y secar muy bien con una toalla.

Movilizar al paciente a una postura que permita el aseo de la parte posterior del cuerpo y el cambio de ropa de cama siguiendo las reco-

mendaciones generales. Los cambios de la ropa de cama tienen lugar en una de las tres posiciones siguientes:

- Decúbito lateral derecho/izquierdo: es la posición más usada para el cambio de ropa de cama. La elección del decúbito derecho o izquierdo se realiza siguiendo los criterios de estado respiratorio (atelectasia, etc.), lesiones en el paciente y número de dispositivos situados a cada lado de la cama.
  - Semifowler: el paciente se mantiene boca arriba, y el cambio de ropa de cama tiene lugar desde la cabeza a los pies. Este tipo de movilización para el cambio de ropa de cama se usa en los pacientes con presiones intracraneales elevadas o inestables, estado respiratorio que no permite lateralizaciones, fractura de pelvis o cadera, fracturas costales, y siempre que se considere necesario sobre la base del estado del paciente. En este caso son necesarias al menos dos personas.
  - Decúbito supino: el paciente permanece tumbado en la cama, sin elevación de la cabecera y la movilización tiene lugar en bloque. Este tipo de movilización es imprescindible en pacientes que tengan lesiones medulares o vertebrales, grandes fracturas de pelvis con fijadores externos y, en general, cualquier tipo de patología que requiera una gran restricción de movimientos. Para la realización del cambio de la ropa de cama en decúbito supino es necesario usar la grúa disponible en la unidad.
- i. Enjabonar, aclarar y secar la parte posterior. El orden adecuado es cuello, espalda, glúteos, parte posterior extremidades inferiores y región anal.
  - j. Cambiar la ropa de cama. Colocar la ropa sucia directamente en la bolsa destinada a tal fin, no dejándola nunca sobre el suelo ni sobre el mobiliario.
  - k. Aplicar productos barrera en caso de ser necesario, loción hidratante y ácidos grasos hiperoxigenados en los puntos de presión.
  - l. Acomodar al paciente en la postura más adecuada, asegurando

- que no queden arrugas en la cama.
- m. Desenredar el pelo si es posible y, cuando el/la paciente tenga el pelo largo, dejárselo recogido.
- n. Perfumar la ropa de cama con colonia de baño, pero no aplicar colonia directamente sobre la piel del paciente.
- o. Recolocar las líneas de monitorización o tratamiento que se han retirado antes para facilitar el aseo.
- p. Subir las barandillas de la cama para prevenir caídas accidentales.
- q. Recoger todo el material usado y la ropa sucia. Una vez limpia la jofaina o palangana, hay que desinfectarla con lejía.
- r. El cuidador deberá aplicarse solución alcohólica en las manos.
- s. Registrar en la historia de enfermería la técnica efectuada y cualquier incidencia que haya surgido durante su realización.

Los pacientes inconscientes, sedados o inmovilizados tienen un riesgo alto de presentar complicaciones oculares, que pueden abarcar desde infecciones leves de la conjuntiva hasta lesiones y úlceras graves de la córnea, por lo que dependen de la higiene y cuidados oculares realizados por el personal de enfermería, que van desde una limpieza sencilla del párpado, hasta la oclusión de los párpados.

La higiene y cuidados oculares deben realizarse con suavidad, evitando rozar la conjuntiva para prevenir úlceras y lesiones corneales; por la mañana se hace coincidir con el aseo diario del paciente, y a lo largo del día se debe realizar cada vez que la situación del paciente lo requiera.

Tras la visita, hay que actualizar el tratamiento, es decir, cambiar las perfusiones que el intensivista ha modificado y administrar la medicación nueva pautada. Además, todos los días hay que revisar y curar las heridas que pueda tener el paciente, revisar los puntos de punción de los catéteres, asear la boca a los pacientes y realizar los cambios posturales.

## **CAPÍTULO II.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CRÍTICO

---

Tanto para realizar la higiene a los pacientes como para hacerles cambios posturales (y disminuir así el riesgo de úlceras por presión), es necesario movilizarlos en la cama, movilización que ha de ser adecuada para evitar el agravamiento de las lesiones.

Como pasos previos a movilizar al paciente se debe:

- Reunir tanto personal sanitario como sea necesario según el tipo de lesiones, el cual se lavará las manos con solución alcohólica y utilizará los métodos de barrera adecuados a las condiciones del procedimiento a realizar.
- Informar al paciente de lo que se va a hacer y de la importancia de su colaboración, si está consciente.
- Valorar la necesidad de analgesia.

Dependiendo de las lesiones del paciente a movilizar se procederá de diferente manera.

Hay que seguir siempre las recomendaciones relativas a la seguridad del paciente:

- Antes de administrar un fármaco, verificar prescripción, fármaco, dosis, vía de administración e identificación del paciente. Los incidentes adversos que con más frecuencia se comunican son los relacionados con los fármacos.
- Cuando se administre un fármaco, según necesidad, hay que valorar al paciente para determinar si lo necesita o no.
- Precaución con narcóticos, antibióticos y fármacos vasoactivos.
- Identificar adecuadamente los sueros que se preparan, con las etiquetas de medicación.
- Asegurarse de que el paciente tome la medicación oral.
- Controla la aparición de reacciones adversas en el paciente.
- Conocer el correcto funcionamiento, cuidados y posibles averías de los aparatos que se utilizan.
- Evitar facilitar informaciones por teléfono.
- Guardar el secreto profesional.

- Velar por la intimidad de los pacientes.
- Custodiar adecuadamente las historias de los enfermos.
- Hay que cuestionar órdenes temerarias.
- Insistir en que los facultativos clarifiquen sus órdenes por escrito y con letra legible.
- Registrar todas las valoraciones e intervenciones de enfermería; en los registros, no utilizar abreviaturas no estandarizadas, pues pueden llevar a errores.
- Seguir los procedimientos y normativas del centro.
- Identificar siempre al paciente ante cualquier situación.
- Proteger al paciente de daños potenciales.
- No aplicar técnicas ni tratamientos sin consentimiento del paciente.
- No caer en la rutina, sino mostrar siempre una actitud crítica hacia el propio trabajo.
- Proteger a los pacientes agitados o desorientados.
- No informar a los pacientes del estado de otros pacientes.

Cuando el paciente va a salir de alta de la UCI, hay que preparar su historia clínica. Una historia bien ordenada es fundamental para facilitar la tarea a los compañeros que van a recibir al paciente en planta. Hay que engrapar las gráficas de enfermería ordenadas por fechas, hasta formar una especie de carpeta. A continuación, engrapar en bloques separados las hojas de evolución, tratamientos, analíticas, gasometrías, estudios de coagulación, hojas de consulta y otros papeles que acompañen a la historia (hojas de anestesia, informes quirúrgicos,...), así como los ECG. Junto a las hojas de evolución se engrapa y envía un informe de alta para la planta y otro para el enfermo en un sobre debidamente identificado.

El trabajo de enfermería en la UCI no conlleva más peligro que el trabajo en una planta; sin embargo, las peculiaridades del servicio hacen aconsejables una serie de medidas de seguridad que ayuden a prevenir accidentes.

En cuanto a los aparatos de la UCI, se debe conocer cuándo debe usarse un aparato, cómo funciona y para qué sirve. Leer los manuales de instrucciones de los equipos. Saber de los problemas y riesgos inherentes a un aparato específico, las precauciones necesarias para evitar problemas y cómo reconocer los fallos del instrumental. Estar pendientes de las reacciones psicológicas que se generan entre los pacientes frente a aparatos capaces de generar miedo, ansiedad o una dependencia excesiva. Hay que apagarlos siempre antes de desenchufarlos. Siempre que se limpie el aparataje, tenerlo apagado y desenchufado de la red. Desenchufar tirando del enchufe, no del cable. No mojar nunca cables eléctricos. Revisar los cables detenidamente para detectar roturas que pueden pasar inadvertidas. Enviar a revisión aquellos aparatos que se hayan caído. Tener siempre las camas conectadas a los enchufes. No usar adaptadores. Retirar enseguida todo cable o aparato defectuoso. Evitar mojar cables que porte el paciente. Llamar al electricista para que arregle los enchufes defectuosos y no utilizarlos mientras tanto. Alejar los equipos eléctricos que no se usan de la cama del paciente.

En cuanto a las medidas de seguridad radiológica.

- No quedarse en la habitación cuando se realiza una Rx.
- Utilizar delantales plomados para poner un PM temporal.
- Si es necesario que la enfermera permanezca con el paciente cuando se le va a hacer una radiografía, utilizar los implementos de protección.
- Colocarse siempre detrás del aparato.
- Avisar al técnico que realiza las Rx si está embarazada.
- Mantenerse fuera del box, si se está embarazada, mientras realizan las radiografías.

Entre las medidas de seguridad respiratoria se cuentan las siguientes:

- No situarse delante de los “chorros de aire” espirados por el paciente cuando se desconecte del respirador.

- Ponerse mascarilla para aspirar secreciones.
- Si el paciente expectora, proporcionarle una bolsa de plástico y pedirle que tire sus esputos en ella.

Hay que considerar también las medidas de seguridad con enfermos agitados. Ellas son:

- Evitar sujetar sola a un enfermo agitado.
- No ponerse al alcance de sus pies.
- Mantener la sujeción siempre y no soltarlo si no se dispone de apoyo adicional.
- No contradecir ni polemizar con el paciente.
- No meter el dedo en la boca de un paciente con convulsiones.

Otras recomendaciones útiles para las labores del personal enfermero son las que siguen:

- No hacer sobreesfuerzos y tratar de adoptar posturas adecuadas al hacer esfuerzos, para evitar daños en la espalda.
- Vacunarse contra la Hepatitis B, tétanos y gripe
- Nunca encapsular las agujas.
- Limpiar cuanto antes el material de urgencia utilizado: desfibrilador, laringoscopio, etc.
- Limpiar inmediatamente las superficies que se contaminen con sangre u otros líquidos corporales.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## CAPÍTULO III CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS



### *3.1. Principales cardiopatías críticas que se presentan en emergencia*

El equipo de enfermería cumple funciones de primera importancia en la atención de emergencia relacionadas con cardiopatías, de las cuales hay una amplia diversidad. Entre las principales cardiopatías que atiende el equipo de enfermería, en las áreas de emergencia, se encuentran las crisis hipertensivas y los infartos al miocardio o coronario. En este capítulo se brindará una explicación acerca de estas dolencias y los protocolos y planes de atención enfermeros que le corresponden, así como descripciones de experiencias de atención de casos concretos, uno de ellos, de una cardiopatía ocasionada por consumo de drogas.

#### *3.1.1. Hipertensión*

La cardiopatía más frecuente y el principal motivo de consulta, es la hipertensión. Hay evidencias que indican que las crisis hipertensivas se vinculan con más de la mitad de los casos de infarto coronario de desenlaces fatales, y con más de la tercera parte de los casos de accidente cerebro vascular y eventos arterioscleróticos. El diagnóstico y tratamiento de la hipertensión se cumplen satisfactoriamente en el nivel de Atención Primaria de los centros de salud.

Pero, existen diferentes protocolos, estrategias y metodologías para hacer frente a este tipo de dolencias. Esas indicaciones varían según la edad de los pacientes. Vale destacar que la hipertensión no solo se presenta en los adultos en general, sino también en los niños, aparte de que esta alteración tiene sus consecuencias específicas en la mujer embarazada.

La presión arterial es aquella que ejerce la corriente sanguínea, impulsada por el bombeo del corazón, sobre las paredes de las arterias. Tiene dos componentes: la presión sistólica, generalmente conocida como la “alta”, que se produce cuando el ventrículo izquierdo se contrae e impulsa a la sangre, y la presión diastólica, en la cual se refleja la resistencia de las arterias al paso del torrente sanguíneo.

### **CAPÍTULO III.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

---

El sistema arterial, en principio, se distiende con cada impulso cardiaco ventricular para, seguidamente, contraerse para impulsar la sangre hacia todas las regiones del cuerpo, incluidas las más periféricas, donde las arteriolas si tienen cierta resistencia al flujo sanguíneo, hasta que llegan a los delgadísimos vasos capilares, donde se realiza el intercambio de oxígeno y sustancias nutritivas con las células de los diferentes tejidos celulares.

La presión arterial resulta de la acción de dos variables: por una parte, la masa en movimiento de la sangre propulsada por el corazón y que circula por las arterias, y por la otra, la resistencia del sistema circulatorio, en su conjunto, y por las arteriolas en particular. Así mismo, actúan sobre ella los impulsos del sistema nervioso, que afectan el corazón, y el balance químico entre la sal y el agua que se sustentan a través de los riñones y regulan el volumen de la sangre.

No existe una sola medida establecida, fija, que separe claramente una resistencia arterial necesaria de la hipertensión percibida como factor de riesgo. Por ello, la normalidad de la presión arterial en la población adulta, mayores de 18 años, es un cálculo estadístico. Son muchos los factores (edad, hábitos de vida, sexo, etc.) a tomar en cuenta para hacer ese tipo de determinaciones y, por ello, han sido necesarios muchos estudios para llegar a consensos médicos y establecer puntos de referencia que permitan establecer una clasificación útil para una acción clínica adecuada.

De esta manera, se estima que una presión sistólica de 120 mg/Hg y una diastólica de 80 mg/Hg, son unas medidas óptimas; pero siguen siendo normales las medidas que superen estas cifras hasta los 129 mg/Hg. Una tensión normal, pero alta, puede alcanzar hasta un límite de 139 mg/Hg. Esto puede constituir para una persona que practica deportes o actividades fuertes, algo muy normal, y que no implica mayores complicaciones, pero ya para una persona mayor, sí es motivo para, al menos, hacer otras indagaciones para descartar el factor de

riesgo. Ya las medidas mayores de 140 mg/Hg se consideran hipertensivas, en grado I, II (160-170 mg/Hg) o III (hasta 180 mg/Hg). Igualmente, son medidas que denotan hipertensión aquellas de presión diastólica de 90 mg/Hg en adelante (ver gráfica 1).

Las mediciones de la tensión deben ser consecutivas, a las mismas horas y en el mismo sitio porque no hay una línea clara divisoria entre los afectados por la hipertensión, y los que no. Algunos médicos recomiendan que la medición se haga en casa, porque se ha comprobado que las hechas en la consulta suelen ser más altas que las hechas en otros espacios. Además de las versiones portátiles del estegmanómetro, el médico puede decidir utilizar un Hosltein, un dispositivo que portará el paciente durante uno o varios días, para llevar el control de las oscilaciones de la medición.

**Tabla 7.** Clasificación de las medidas de tensión arterial (mg: miligramos; Hg: mercurio en el estegmamómetro)

Grado	Presión Sistólica	Presión Diastólica
Óptima	≤120	≤80
Normal	120-129	80-85
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión I	140-159	90-99
Hipertensión II	160-170	100-109
Hipertensión III	≤180	≤110

**Fuente:** (38)

La medición o toma de la tensión arterial intenta captar la situación habitual del individuo, por lo que se instruye que el paciente debe reposar durante unos cinco minutos antes de la toma. El encargado de hacer la toma no debe redondear la cifra indicada por el instrumento, sino anotar con todo y fracciones. El individuo debe estar sereno, no tener ansiedad o alguna emoción fuerte; no haber hecho esfuerzos físicos recientes, evitar fumar o haber ingerido alimentos media hora antes de la toma. El sujeto examinado debe sentarse cómodamente, con la espalda apoyada, el brazo relajado sin la manga de la ropa oprimiénd-

### **CAPÍTULO III. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS**

---

dole la extremidad, colocado sobre un soporte o mesa, con la palma de la mano hacia arriba y el codo ligeramente flexionado a la altura del corazón.

Generalmente, los equipos para la toma de tensión arterial constan de un brazalete o manguito de tela o material sintético, en cuyo interior está la cámara de aire, con unas dimensiones (referidas a la cámara de aire) de: Anchura: 40-50 % de la circunferencia total del brazo. La anchura multiplicada por 2,5 define la circunferencia ideal del brazo para ese manguito. Ejemplo: Anchura 12 cm x 2,5 = 30 cm. Un brazo de 30 cm de circunferencia necesita un manguito cuya cámara de aire sea de 12 cm. Longitud: La relación entre longitud y anchura debe ser de 2:1. Los brazaletes tienen que tener impreso el máximo y mínimo de circunferencia admisible. El sistema de inflado, la válvula de paso y el tubo conector se deben revisar periódicamente para evitar fugas de aire o mal funcionamiento.

Otra indicación técnica para la toma de la tensión arterial es localizar la arteria braquial por palpación a lo largo de la cara interna del brazo. Si la diferencia de presión arterial entre las dos determinaciones es > 5 mmHg, seguir haciendo determinaciones hasta que no lo sea, entonces promediar las dos últimas. Si hubiera una arritmia hacer 5 determinaciones y promediar. No utilizar en este caso aparatos oscilométricos de medida (39).

Las recomendaciones sistemáticas que debe tomar la enfermera con los pacientes o individuo con sospechas de hipertensión, son las siguientes:

1. Cada vez que se va a una consulta de salud, por cualquier motivo, hay que tomar la tensión. Cualquier oportunidad es buena para hacer la medición.
2. La hipertensión no es una alteración exclusiva de los adultos. Es conveniente tomársela a los niños sistemáticamente a partir de los 14 años.

3. La elevación de la presión arterial, por encima de 139 mmHg, la sistólica, o de 89 mmHg, la diastólica, se debe confirmar realizando dos mediciones en cada visita, en al menos dos consultas, en una sola semana. Esto debe ser reforzado, además, con mediciones en otras consultas en las siguientes 4 semanas.
4. El control de la tensión arterial es prioritario en los enfermos cardiovasculares.
5. Debe considerarse el tratamiento farmacológico de los hipertensos que superen una riesgo cardiovascular del 20 % a 10 años, si no es posible reducir su tensión con medidas higiénicas, de estilo de vida y dietéticas.
6. Hay que atender a regulaciones internacionales para calibrar cada cierto lapso los instrumentos que se usen para medir la tensión arterial.
7. Las cifras medias de presión arterial que definen a un paciente como hipertenso, son  $\geq 135$  mmHg en la sistólica, y  $\geq 65$  en la diastólica.
8. El seguimiento del paciente con hipertensión debe incluir medidas no farmacológicas y monitorización del riesgo cardiovascular y de lesión de órganos.
9. Hay que orientar a los pacientes hipertensos con sobrepeso acerca de qué medidas tomar para reducir el peso.
10. En todos los casos de pacientes hipertensos, debe indicarse, con carácter enfático, una dieta rica en frutas y verduras con alto contenido en potasio. En algunos casos, son recomendables los suplementos de potasio.
11. En cuanto a los suplementos de calcio, no son recomendables en todos los casos de hipertensión. Habría que hacer evaluaciones médicas complementarias para poder tomar una decisión adecuada al respecto.
12. Los estudios indicados para los pacientes hipertensos constan igualmente de exploraciones físicas cardiovasculares y analíticas (hemograma, glucemia, creatinina, sodio, potasio, ácido úrico, colesterol, TGC, HDL, LDL y sedimento urinario).

### *3.1.2. Infartos al miocardio*

El término infarto, en general, designa la muerte de unos tejidos o parte de algún órgano, a causa de una interrupción súbita en el suministro de oxígeno y los nutrientes necesarios para la vida de las células, que son transportados por la sangre. Por ello, no solo en el corazón pueden producirse infartos. La medicina hace frente a infartos también en varias partes importantes del cuerpo: el cerebro, el intestino o los pulmones. Las consecuencias de estas lesiones son variables, aunque todas muy graves. En el caso del corazón, la zona específica infartada es el miocardio, es decir, la capa muscular media del gran órgano que bombea la sangre hacia todo el organismo. Esto significa que la muerte misma puede ser la consecuencia más importante de un infarto al miocardio. El infarto es un evento inesperado. Puede presentarse sin aviso previo. Por supuesto, la mayoría de las veces, se anuncia con dolor, de tipo agudo, que presiona el lado izquierdo del pecho, y que irradia hasta el brazo correspondiente. Por supuesto, el dolor en el tórax también puede ser la manifestación de decenas de otras enfermedades diferentes a la cardíaca. Entre otras dolencias, un dolor en el pecho puede ser síntoma de lesión musculoso-nervioso, asma, neumotórax, bronquitis, enfisema pulmonar, cáncer de pulmón, derrame pleural, embolia pulmonar, neumonía, aneurisma aórtico, reflujo gastroesofágico, pancreatitis, esofagitis. Pero la complicación para dar un diagnóstico claro aumenta, pues hay otras dolencias específicamente cardíacas, tales como pericarditis (inflamación del pericardio), endocarditis (infección de las válvulas del corazón), estenosis mitral o aórtica (estrechamiento de la válvula mitral o la aórtica), arritmias cardíacas, en general, debidas a fallas en la producción de la descarga eléctrica que contrae el músculo cardíaco. Por ello, hay que atender con igual rapidez y atención a síntomas atípicos del infarto, tales como náuseas, vómitos y dolor en la boca del estómago o en el cuello. No hay una respuesta sencilla ni directa a la pregunta acerca de si un dolor en el pecho es la expresión de un infarto. Hay que evaluar distintas opciones y variables, de acuerdo con la experiencia clínica, el uso de instrumentos como el electrocardiograma y el Holster, la edad del paciente, el sexo y su historia clínica.

Es conveniente diferenciar la isquemia del infarto. La primera, designa una situación en la cual el órgano o los tejidos, en cuestión, no reciben el necesario oxígeno y nutrientes del torrente sanguíneo, pero sí lo suficiente como para sobrevivir por un espacio de tiempo, antes de producirse la muerte del tejido (39).

Con la isquemia, los tejidos celulares pueden sobrevivir, pero entran en un proceso de agonía y estrés, pues no reciben el suficiente suministro de oxígeno y nutrientes. El tejido celular se encuentra en sufrimiento o agonía, e incluso, en cualquier momento puede morir y dar paso al infarto. De hecho, una isquemia puede preceder a un infarto. La agonía de las células del tejido dado produce un gran dolor en la víctima, pero, si es tratada a tiempo y adecuadamente, este puede recuperarse.

La sangre obstruida todavía puede ser suficiente para mantener al corazón funcionando apropiadamente, mientras el cuerpo se encuentre en reposo, incluso con la arteriosclerosis y la acumulación de las placas de ateroma en las paredes de las arterias. Pero apenas, cuando se hace necesario un esfuerzo adicional, un agudo dolor en el pecho indica al paciente y a su médico que se ha producido una angina de pecho, síntoma de la isquemia provocada por el esfuerzo cardiaco adicional y la incapacidad de suministro de lo necesario para que el tejido del miocardio responda.

La isquemia y la angina de pecho son propias de una incapacidad de las coronarias de irrigar adecuadamente al miocardio, debido a una obstrucción parcial de las coronarias por las placas de ateroma. Puede ser tratada a tiempo. La respuesta inmediata más razonable es que el paciente repose, se acueste o se siente cómodamente, mientras se serena y el dolor cede.

Aunque el síntoma típico es el dolor, la detección de un infarto puede complicarse porque, en ocasiones, en mujeres o ancianos, el episodio se evidencia por otros síntomas que no se asocian necesariamente con

### **CAPÍTULO III.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

---

el corazón, tales como un cansancio intenso, náuseas, o un malestar inespecífico en el pecho o en el abdomen. Incluso, el paciente puede que no se percate de su verdadera situación y solo se enteran de que han sufrido un infarto, que ha necrosado efectivamente una parte pequeña de su corazón, después de ser examinado mediante un electrocardiograma o un ecocardiograma de rutina.

Cuando el dolor en el pecho empeora, con el toque o con cambios en la posición del individuo, podría ser más bien debido a patologías musculoesqueléticas. Por otra parte, si el dolor no tiene que ver con esfuerzos físicos, como correr, llevar peso o subir escaleras, puede no tener nada que ver con una isquemia. Si se trata de un dolor asociado con ardor de estómago, presente durante semanas, generalmente se vincula a dolencia gastroesofágicas. La presencia de fiebre, tos con esputo, respiración sibilante, indica más bien una enfermedad pulmonar. Incluso, el dolor en el pecho puede corresponder fundamentalmente a cuadros de ansiedad en el caso de mujeres o de jóvenes o personas con problemas personales, pérdidas recientes, alteraciones nerviosas, que incluyen depresiones, llanto fácil y temblores en las manos, nerviosismo. En esos casos, el dolor de pecho puede verse acompañado por mareos, visión borrosa, hormigueo en la boca, debilidad en las piernas, etc.

Las arritmias son la primera causa de muerte después de un Infarto Agudo al Miocardio. La muerte del tejido cardiaco puede causar inhibición de la conducción normal de la actividad eléctrica del corazón, con aparición subsiguiente de arritmias mortales como la fibrilación ventricular; también la reapertura de la coronaria ocluida y la reperfusión sanguínea del tejido isquémico pueden producirlas.

Otras complicaciones que pueden aparecer son:

- Pericarditis.
- Sangrado por puntos de punción, encías
- Insuficiencia cardiaca congestiva.
- Shock cardiogénico.

- Embolismo pulmonar.
- Rotura del miocardio (40)

### *3.2. Otros cuidados enfermeros relacionados con cardiopatías*

Entre otros cuidados enfermeros relacionados con cardiopatías se encuentran (41) (40)

#### *3.2.1. Cuidados de enfermería en cateterismo cardiaco*

El cateterismo cardiaco se aplica como prueba que contribuye al diagnóstico. Consiste en la introducción de un catéter a través de un vaso sanguíneo importante, tales como la arteria femoral) o la branquial o radial (el brazo), hasta alcanzar el corazón.

Para visualizar las posibles obstrucciones o estrecheces en las arterias del corazón (arterias coronarias) se emplea una sustancia radio opaca (que sirve de medio de contraste), con la cual se puede medir, con bastante justeza, el funcionamiento de las válvulas del corazón, el músculo cardiaco, lo cual sirve también para evaluar el funcionamiento de los by pass coronarios.

Los objetivos del cateterismo cardiaco son:

- Observar el fluido de la sangre por los vasos sanguíneos y cavidades cardíacas.
- Colocar stents o dispositivos de alambres en arterias estenosadas, para mantener su apertura.
- Recoger data apropiada acerca de las estructuras internas del corazón.
- Tomar muestras de tejido cardíaco para poder realizar biopsias.
- Realizar aperturas del tabique auricular que se presentan en las cardiopatías congénitas.
- Instalar dispositivos de malla para cerrar los orificios pequeños que se hallan en el interior del corazón, ocasionando comunicación interauricular o interventricular, o bien para bloquear el flujo

### **CAPÍTULO III.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

---

sanguíneo con fines terapéuticos, en un vaso.

- Obtener muestras de sangre para gases arteriales.
- Medir presiones intracavitarias (41).

Los objetivos de enfermería que deben cumplirse antes, durante y después del procedimiento, son los siguientes:

- Poder dar orientaciones al paciente y a los cuidadores para realizar la preparación, antes y después del procedimiento.
- Determinar detalles acerca de los cuidados que se deben brindar ante el procedimiento.
- Detectar y prevenir riesgos de hematoma.
- Dar cooperación al médico durante el procedimiento.
- Determinar el fluido de la sangre por los vasos sanguíneos y cavidades.

El día anterior al examen se deben cumplir los siguientes pasos:

- Identificar e instruir al usuario(a) sobre el procedimiento.
- Confirmar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- Apoyar emocionalmente al usuario(a).
- Ejecutar la higiene de manos según procedimiento.
- Proveer privacidad al usuario(a) mientras le realiza las acciones previas al examen.
- El usuario(a) debe ir rasurado (ingle) y duchado (o higienizado en cama), según su nivel de dependencia; debe habersele retirado el esmalte de uñas, de ser el caso.
- Instruir y controlar que el usuario(a) inicie y permanezca en ayunas, a partir de las 8:00 p.m. del día anterior al procedimiento.
- Anotar y actualizar la Hoja de Requisitos Preoperatorios.
- Llevar registrado el peso, la talla.
- Controlar y registrar los signos vitales.
- Revisar que los requisitos preoperatorios estén completos (electrocardiograma, grupo Rh, pruebas de coagulación, pruebas de función renal y pruebas de función hepática, glucemia, peso,



talla, otros según norma).

- Cumplir las indicaciones médicas correspondientes.
- Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos (41)

El propio día del examen se deben realizar las siguientes actividades:

- Revisar y completar la Hoja de Requisitos Preoperatorios
- Verificar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- Facilitar al usuario(a) ropa desechable para el procedimiento
- Lavar las manos según procedimiento
- Verificar los signos vitales.
- Cuando esté indicado, administrar el tratamiento antihipertensivo
- Colocar vía periférica, en el brazo izquierdo, con la solución indicada por el médico tratante
- Chequear si el paciente está efectivamente en ayunas.
- Redactar nota de enfermería, cuidando las orientaciones para obtener la calidad exigida. Tomar nota de día, hora y tipo de procedimiento, nombre y número de licencia del profesional de enfermería que laboró preparando al paciente.
- Trasladar en camilla al paciente, hacia el servicio de hemodinamia, acompañado con el expediente de salud, con el personal designado, a la hora indicada.

Las acciones enfermeras en sala de hemodinamia son (41):

- Recibir al paciente en la sala de hemodinámica.
- Identificar e instruir al paciente acerca del procedimiento, así como de los cuidados posteriores al examen.
- Revisar Expediente de salud del paciente.
- Apoyar al paciente a colocarse sobre la mesa quirúrgica, hasta que quede cómodo.
- Apoyar psicológicamente y tranquilizar al paciente.
- Lavar sus manos adecuadamente.

### **CAPÍTULO III.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

---

- Seguir el protocolo en la utilización de la vestimenta de técnica quirúrgica.
- Acercar la mesa quirúrgica para el procedimiento.
- Preparar el equipo necesario aplicando la Técnica Aséptica Quirúrgica.
- Proveer al Médico la bata, gorro, cubre bocas, guantes y demás insumos necesarios
- Administrar la premedicación de acuerdo a las indicaciones médicas.
- Asistir al médico durante el procedimiento.
- Vigilar, a través del monitor, los signos vitales de manera constante.
- Trasladar al paciente de la mesa quirúrgica a la camilla. Colocar apósito compresivo en el sitio de la punción (o banda neumática en casos de procedimientos radiales)
- Elaborar nota de enfermería siguiendo criterios de calidad establecidos y considerando fecha y hora del procedimiento, procedimiento realizado, médico que realizó el procedimiento, condición del usuario(a) antes, durante y después del procedimiento, nombre y número de licencia del profesional de enfermería que brinda la asistencia durante el procedimiento.
- Trasladar en camilla al paciente a la unidad de hospitalización correspondiente, con el expediente de salud y acompañado por personal designado.
- Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- Registrar el procedimiento efectuado en la estadística del servicio, en la unidad de hospitalización.
- Recibir al usuario(a) proveniente de la sala de hemodinámica.
- Identificar e instruir al usuario(a) sobre los cuidados posteriores al examen.
- Medir los signos vitales.
- Revisar el expediente de salud del usuario(a).



- Realizar higiene de manos.
- Trasladar al usuario(a) de la camilla a la cama respectiva, velando por su máxima comodidad.
- Apoyar psicológicamente al usuario(a), a fin de procurar su tranquilidad.
- Elaborar y aplicar el diagnóstico de enfermería.

Controlar y vigilar los miembros inferiores considerando:

1. Coloración.
2. Temperatura.
3. Pulso poplíteo, tibial posterior y pedio.
4. Llenado capilar.

Evaluar zona de venopunción tomando en cuenta:

1. Condición del apósito (seco, húmedo).
2. Temperatura y color.
3. Presencia o no de hematoma y sus características.
4. Presencia de introductor,
  - Asegurar la compresión de apósito sobre el sitio de punción para evitar hemorragia.
  - Mantener el miembro inferior en el que se realizó el procedimiento, en posición de extensión.
  - Explicar al usuario(a) que no flexione (doble), la pierna puncionada.
  - Explicar al usuario(a) que debe permanecer en reposo absoluto durante 24 horas según indicación médica, posterior al procedimiento.
  - Controlar que el usuario(a) permanezca en reposo absoluto por 24 horas.
  - Indicar al usuario(a) que si nota edema, entumecimiento, frialdad, enrojecimiento, disnea, palpitations o dolor en el pecho, avise de inmediato al personal de enfermería.
  - Administrar las soluciones intravenosas según indicación médica.

- Mantener al médico informado de la evolución y condición del usuario(a).

Elaborar nota de enfermería según criterios de calidad establecidos y considerando:

1. Fecha, hora y tipo de procedimiento.
2. Nombre del funcionario que realizó el estudio.
3. Tolerancia del paciente al procedimiento.
4. Evolución del paciente postexamen (41).

### *3.2.2. Intervención de enfermería en Electrocardiograma*

El electrocardiograma es el registro gráfico de las variaciones de potencial eléctrico de la actividad del corazón (fibras miocárdicas) en un tiempo determinado. Estas variaciones se captan con los electrodos a nivel de la superficie de la piel, y a través de los conductos se miden los potenciales de acción del corazón y se registran.

Los objetivos del procedimiento son los siguientes:

- Observar la actividad eléctrica cardiaca
- Identificar alteraciones diagnósticas ( hipertrofias ventriculares, trastornos del ritmo, etc. entre otros)
- Determinar arritmias cardiacas.
- Establecer el tamaño y el funcionamiento de las partes del corazón

Mientras tanto, los objetivos de enfermería durante el procedimiento, son:

- Contribuir a la prueba diagnóstica
- Brindar el apoyo adecuado.

Para ello, la enfermera deberá:

- Informar al paciente que el procedimiento es indoloro
- Limpiar con alcohol las muñecas y los tobillos del paciente para disminuir la grasa de la piel y facilitar la conducción eléctrica.

- Aplicar el gel correspondiente en la superficie del electrodo que estará en contacto con la piel del paciente.
- Colocar los electrodos periféricos correspondientes en las muñecas y los tobillos del paciente.
- Conectar cada uno de los cables a su electrodo periférico correspondiente
- Conectar el cable RA o rojo al electrodo de la muñeca derecha.
- Conectar el cable LA (*left arm* o brazo izquierdo) o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda.
- Conectar el cable LL (*left leg* o pierna izquierda) o verde al electrodo del tobillo izquierdo.
- Conectar el cable RL (*right leg* o pierna derecha) o negro al electrodo del tobillo derecho.
- Descubrir el tórax del usuario(a) hasta aproximadamente el séptimo espacio intercostal. Limpiar con una gasa impregnada de alcohol las zonas donde va a identificar y ordenar cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, pues ello le facilitará su colocación posterior (el extremo de cada cable está rotulado con las siglas y el código de color de identificación).
- Colocar los electrodos torácicos.
- Aplicar la pasta conductora en el electrodo y colocar cada uno de ellos en el área torácica correspondiente
- Localización de los electrodos correspondientes a las derivaciones precordiales
- Comunicar al usuario(a) que se realizara el registro y que es conveniente que se esté quieto y que no hable, para no interferir en el trazado.
- Seleccionar la velocidad estándar (25 mm/segundo).
- Calibrar o pulsar el botón “auto”, según el modelo del aparato.
- Seleccionar y registrar las derivaciones durante al menos 6 segundos cada una de ellas (los 6 segundos proporcionan un tiempo óptimo para detectar posibles alteraciones del ritmo y de la conducción).
- Observar la calidad del trazado. Si la calidad no es adecuada, repetir el trazado correspondiente.



Para cumplir con esos objetivos, la enfermera deberá cumplir con las siguientes actividades:

- Solicitar el consentimiento informado al paciente, antes de iniciar el procedimiento.
- Se indica al paciente que debe mantener un ayuno las 2 a 4 horas anteriores a la prueba. Evitar café, té, bebidas gaseosas, chocolate y analgésicos.
- Informar al médico acerca de los medicamentos que está tomando el paciente y consultar acerca de su posible suspensión antes de la prueba.
- Limpiar con alcohol las zonas de la piel donde se le colocarán los electrodos.
- Colocar los electrodos sobre el pecho y la espalda.
- Poner el manguito de presión alrededor del brazo para monitorear la presión arterial.
- Estar atentos a los posibles cambios en el trazado del electrocardiograma y en los niveles de presión arterial. Esto podría indicar que el corazón no recibe el oxígeno suficiente.
- Estar pendientes de otros síntomas de enfermedad arterial coronaria, como son los dolores en el pecho o una breve disnea al realizar algún ejercicio. Cuando termine la prueba, se darán instrucciones al paciente acerca de la necesaria fase de relajación, cuando deberá estar acostado el usuario, de acuerdo a los protocolos de cada área de atención.

### *3.2.4. Cuidados de enfermería en el eco cardiograma transtorácico*

El cardiograma transtorácico es un examen que emplea ondas sonoras para crear una imagen en movimiento del corazón. Dicha imagen es mucho más detallada que la imagen de rayos X y no involucra exposición a la radiación. Se trata de una técnica no invasiva. Una de las más frecuentemente utilizadas en cardiología (42).

## **CAPÍTULO III.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

---

Los objetivos del procedimiento son los siguientes:

- Evaluar el funcionamiento de las válvulas cardíacas y la circulación de la sangre por el corazón.
- Medir el tamaño y la fuerza de bombeo del corazón.
- Obtener información acerca del estado de las arterias.
- Identificar problemas valvulares.
- Identificar fluidos alrededor del corazón.
- Descubrir coágulos de sangre o tumores dentro del corazón.

Los objetivos de la enfermería durante este procedimiento, son los siguientes:

- Explicar al paciente de fines y fases de la prueba,
- Ayudar a colocarse sobre la camilla en posición decúbito lateral, y atender en general sus necesidades.

Para ello, se deben realizar las siguientes actividades:

- Revisar el expediente de salud del paciente.
- Revisar la orden, con fecha y hora del examen.
- Solicitar el consentimiento informado al paciente.
- Solicitar al paciente retirarse la vestimenta de la cintura hacia arriba y vestirse con camisa o bata del hospital.
- Ayudar al paciente a acostarse sobre la camilla
- Asistir al médico durante el procedimiento.
- Elaborar la nota de enfermería en el expediente de salud, registrando la condición del paciente después del procedimiento.
- Trasladar al paciente en silla o camilla, con expediente de salud y acompañado por personal designado, en caso de que se encuentre hospitalizado.
- Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas (41).

### *3.2.5. Cuidados de enfermería en el ecocardiograma-dobutamina*

El ecocardiograma dobutamina es una prueba que se realiza para estudiar cómo se desempeña el corazón con trabajo pesado. La dobu-

amina es un medicamento, el cual hace que el corazón trabaje más duro.

Los objetivos del procedimiento son los siguientes:

- Establecer la presencia de una isquemia miocárdica u obstrucción significativa de arterias coronarias, en el paciente que tenga alguna dificultad física para realizar la prueba de eco estrés.

Mientras tanto, los objetivos de enfermería durante el procedimiento, son:

- Administrar una perfusión de dobutamina
- Realizar cuidados específicos de enfermería antes, durante y después del procedimiento
- Detectar posibles complicaciones relacionadas con la administración de tratamiento y la tolerancia del medicamento.

Para ello, las actividades a cumplir por las enfermeras, son las siguientes

- Constatar que el consentimiento está firmado por el paciente.
- Revisar la fecha y la hora de la orden del examen.
- Informar al paciente acerca del procedimiento.
- Solicitar al paciente retirar la vestimenta de la cintura hacia arriba y vestirse con camisa o bata del hospital.
- Lavar adecuadamente las manos siguiendo el procedimiento.
- Anotar el peso del paciente para poder calcular la dosis del medicamento necesario.
- Preparar el medicamento siguiendo las indicaciones médicas.
- Solicitar al paciente acostarse sobre la camilla o asistirlo, si es necesario, para su ubicación en la camilla.
- Canalizar vía periférica según procedimiento.
- Colocar los electrodos del eco cardiograma y electrocardiograma.
- Controlar y registrar frecuencia cardiaca basal y presión arterial.
- Administrar medicamento según protocolo y monitorear la fre-

cuencia cardíaca y la presión arterial.

- Asistir al médico durante el procedimiento.
- Elaborar nota de enfermería en el expediente de salud, siguiendo criterios de calidad establecidos.
- Trasladar al usuario(a) en silla o camilla, con expediente de salud y acompañado por personal designado en caso de que se encuentre hospitalizado.
- Realizar el cuidado posterior al equipo luego de realizado el examen, de acuerdo a las Normas (41).

### *3.2.6. Cuidados de enfermería en el eco cardiograma transesofágico*

El ecocardiograma transesofágico permite observar las estructuras cardíacas, mediante la introducción de un instrumento a través del esófago, lo cual mejora la calidad de las imágenes obtenidas, con lo cual es más factible analizar las estructuras de la parte posterior del corazón.

Los objetivos del procedimiento son:

- Observar el interior del corazón, sus estructuras y el recorrido del flujo sanguíneo, en los casos de la presencia de defectos cardíacos congénitos.
- Evaluar los efectos de la intervención quirúrgica en el corazón en casos de defectos cardíacos congénitos
- Descubrir cardiopatías que el eco cardiograma transtorácico no haya detectado ni diagnosticado.
- Verificar si hay o no infecciones, comunicaciones intra-atriales, disección de aorta y otros problemas cardíacos.
- Mientras tanto, los objetivos de enfermería durante el procedimiento se pueden resumir en estos:
  - Acompañamiento al paciente.
  - Realizar cuidados específicos de enfermería antes, durante y después del procedimiento.
  - Administración del medicamento según indicación.

Para ello, se han de cumplir las siguientes actividades:

- Revisar el expediente de salud.
- Chequear la orden, con fecha y hora del examen.
- Confirmar la firma del paciente en el consentimiento informado.
- Indicar lo necesario al paciente acerca de respiraciones y comportamiento en los momentos del procedimiento y en los posteriores a este.
- Verificar el cumplimiento del ayuno del paciente, antes del procedimiento.
- Garantizar privacidad al paciente al realizarse el examen.
- Solicitar al paciente quitar la vestimenta de la cintura hacia arriba y vestirse con camisa o bata del hospital.
- Solicitar al paciente retirar prótesis dentales.
- Lavar las manos adecuadamente, según el procedimiento.
- Canalizar vía periférica según lo establece el procedimiento.
- Ayudar al paciente a colocarse en posición decúbito lateral derecho.
- Aplicar Lidocaína en aerosol en boca, según indicación médica.
- Colocar cánula en la boca del paciente
- Colocar los electrodos del eco cardiograma y electrocardiograma.
- Controlar y registrar signos vitales.
- Administrar medicamento sedante según indicación médica.
- Asistir al médico durante el procedimiento.
- Retirar la cánula y la vía periférica después del procedimiento.
- Vigilar la condición hemodinámica del paciente.
- Trasladar al usuario(a) al servicio de procedencia, en silla o camilla, acompañado por personal de la institución designado o al hogar con acompañante
- Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
- Realizar el cuidado posteriormente al equipo, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

### *3.2.7. Cuidados de enfermería en cardioversión y desfibrilación*

La cardioversión y la desfibrilación son pruebas que consisten en la aplicación de corriente eléctrica sobre el corazón, a través de unos electrodos o palas, conectados a un dispositivo (desfibrilador), con la finalidad de producir una despolarización, para lograr la reactivación eléctrica del órgano.

Al realizar el procedimiento, los objetivos de enfermería son:

- Monitorear el funcionamiento cardiaco.
- Ejecutar la atención de enfermería de acuerdo a la fase clínica del usuario.
- Coordinar las actividades con el equipo de trabajo.

Antes del procedimiento de cardioversión:

- Solicitar la autorización del paciente
- Prepararlo física y emocionalmente
- Retirar las prótesis dentales.
- Retirar, si es el caso, el parche de nitroglicerina.
- Preparar el equipo necesario para el procedimiento.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Canalizar una vía intravenosa de grueso calibre y colocar dispositivo de oxigenación.
- Chequear los signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, pulsioximetría), y registrar sus variaciones en la hoja de enfermería.
- Colocar electrodos del monitor de ECG al usuario; activar la sincronización en el desfibrilador.
- Administrar sedación al usuario(a) según indicación y ventilar a la persona mediante cánula de guedel, orofaríngea o nasofaríngea o resucitador manual.
- Preparar las palas con el gel conductor o parches de desfibrilación; seleccionar la intensidad de descarga aumentando progresivamente si no hay respuesta efectiva. Cargar la energía

- seleccionada pulsando el botón situado en la pala ápex.
- Colocar las palas, una debajo de la clavícula derecha, 2°-3° espacio intercostal, y la otra en el lado izquierdo del tórax, 5° espacio intercostal. Las palas quedarán colocadas firmemente contra el tórax, ejerciendo una presión de unos 10 k.
  - Controlar el ritmo ECG en el monitor; asegurar que el paciente está totalmente sedado, así como de que nadie se ponga en contacto con él y la cama. Avisar en voz alta la descarga.
  - Presionar los botones de descarga simultáneamente en ambas palas sin variar la posición de estas. La descarga se retrasará unos instantes debido a que debe coincidir con la onda "R" del ECG, momento en el cual toda la masa ventricular se encuentra repolarizada.
  - Monitorear el ritmo cardiaco después de la descarga, ventilar de nuevo y hacer el control de la tensión arterial. Si el choque no ha sido efectivo, habría que repetir el proceso con una mayor intensidad de energía.
  - Examinar el estado del paciente
  - Limpiar la zona de aplicación y observar el estado de la piel. Aplicar crema hidratante si se producen quemaduras y colocar mascarilla Venturi a flujo medio.
  - Reorientar y apoyar al usuario(a).
  - Realizar higiene de manos.
  - Anotar en la hoja de registro de enfermería; se reflejará hora, número de choques, intensidad, medicación administrada, control de constantes y las observaciones que sean precisas (41)

### *3.3. Casos de atención enfermera*

En este aparte, se dará a conocer la respuesta enfermera a tres tipos de cardiopatía en emergencia: la insuficiencia cardíaca (IC), la miocardiopatía dilatada y el síndrome coronario agudo por consumo de cocaína, tal y como es recogida en las Memorias del IV Congreso Internacional de Innovación de Enfermería en manejo de pacientes críticamente enfermo (43).

### **CAPÍTULO III.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

.....

En primer término, tenemos que la miocardiopatía dilatada se define por la presencia de dilatación y disfunción sistólica que afecta el ventrículo izquierdo o a ambos ventrículos. La miocardiopatía dilatada es la principal indicación de trasplante cardiaco. La etiología de origen desconocido o idiopática se presenta hasta en un 30 % de los casos. El espectro clínico es variable, desde pacientes asintomáticos hasta pacientes en shock cardiogénico, los cuales pueden precisar sistemas de soporte circulatorio, antes del trasplante cardiaco.

En este caso, se trata de un caso clínico de un varón de 52 años en situación de shock cardiogénico secundario a miocardiopatía dilatada idiopática de debut, frente al cual es necesaria la elaboración de un plan de cuidados dirigidos al paciente, a su familia y al personal sanitario que lo atendió. Para ello se tomaron medidas de soporte circulatorio: oxigenación por membrana extracorpórea, asistencia biventricular y terapia renal sustitutoria. Siguiendo el modelo conceptual de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA, NIC, NOC, se describieron los problemas de colaboración y los diagnósticos de enfermería.

Se elaboró un plan de cuidados dirigido plenamente a la atención del paciente, donde las intervenciones de enfermería estaban dirigidas a cubrir las necesidades tanto físicas como psicológicas y emocionales. A partir del trasplante cardiaco, tanto la mala evolución como el pronóstico, nos hacen considerar que la familia junto con el paciente constituye una unidad de cuidado y requieren de atención. La mayor dificultad a la hora de gestionar esta situación fue atender temas sensibles e íntimos, aconsejar, tratar y acompañar situaciones de impacto emocional; todo ello sin formación específica y bajo presión asistencial. Las enfermeras en estos casos deben ser conscientes de que existe una relación interpersonal y no solo la aplicación de un procedimiento; es lo que nos ha llevado a la elaboración de un plan de cuidados dirigido, tanto a la atención psicológica, espiritual y/o social del paciente y su familia (44).

Para la elaboración del plan de cuidados, se describieron los diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA5 y los problemas de colaboración reales que presentó el paciente, identificando los resultados (NOC) con sus indicadores y las intervenciones (NIC) más significativas, detallando las actividades.

Los resultados se cuantificaron mediante una escala de tipo Likert de 5 puntos, sobre un continuo, desde menos a más deseado.

Teniendo en cuenta la evolución tan compleja del paciente y la alteración de todas sus necesidades, destacamos aquellos problemas de colaboración reales, tales como: sangrado, hipotermia, dolor agudo e insomnio.

Para los diagnósticos de enfermería que nos parecieron más importantes y por orden de prioridad: riesgo de infección, limpieza ineficaz de vías aéreas, deterioro de la integridad cutánea, ansiedad, temor y baja autoestima situacional.

Por lo largo y complicado del proceso, la familia se incluyó como un elemento más dentro del plan de cuidados, identificando los siguientes diagnósticos de enfermería: afrontamiento familiar comprometido, ansiedad ante la muerte y duelo. Para enfermería supuso un desgaste emocional importante y por eso se nos planteó la necesidad de elaborar unos diagnósticos dirigidos a canalizar estas emociones, se describieron: impotencia, sufrimiento moral y conflicto de decisiones. En este caso no pudimos cuantificar los resultados mediante la escala de Likert, el equipo de enfermería que participó de su cuidado fue muy numeroso dando lugar a la aparición de distintas y subjetivas respuestas ante la misma situación.

# CAPÍTULO III. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

**Tabla 8.** Planes de cuidado con la estructura NANDA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA REAL						
Dominio 4: Actividad/reposo Clase 2: movilidad Código de diagnóstico (00085) Diagnóstico: Deterioro de la movilidad física R/c: patrón respiratorio ineficaz E/p						
NOC Dominio Salud Fisiológica (II) Clase 2 Codificación 1308	Indicadores	Escala de medición 1. Desviación grave de rango normal 2. Desviación sustancial del rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve de rango normal 5. Sin desviación del rango normal	Puntuación Diana		NIC 2000  Dominio fisiológico  Complejo  Clase: control del movimiento físico  Codificación: 1800  Acciones	Evaluación: Se observa dificultad respiratoria para el momento de la valoración
			M	A		

**Fuente:** (44)

**Tabla 9.** Planes de cuidado con la estructura NANDA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA DE RIESGO						
Dominio: 11 seguridad y protección. Clase: 1 Riesgo de no recuperar la frecuencia respiratoria normal Código de Diagnóstico: 00004 Diagnóstico de Enfermería: RIESGO DE INFECCIÓN R/c: Múltiples úlceras y lesiones en todo el Cuerpo						
NOC Dominio Seguridad Protección Clase: Respuestas del huésped tras una invasión patógena. Codificación 0702	Indicadores	Escala de medición: 1. desviación grave de rango normal 2. Desviación sustancial de rango normal 3. Desviación moderada del rango normal 4. Desviación leve del rango normal 5. Sin desviación del rango normal	Puntuación Diana		NIC  Dominio fisiológico  Clase: control de riesgos  Codificación. 6540  Acciones	Evaluación: Se observan signos de dificultad respiratoria para el momento de la evaluación
			M	A		

**Fuente:** (44)

**Tabla 10.** Planes de cuidado con le estructura NANDA

DX DE ENFERMERÍA						
Dominio: afrontamiento y tolerancia al estrés Clase:0001 repuesta pos traumática Código de Diagnóstico: 00069 Diagnóstico: Afrontamiento inefectivo (crisis situacional) R/C inadecuada solución de los problemas M/P presencia de estrés.						
NOC	Indicadores	Escala de medición: 1.desviación grave del rango normal 1302 Afrontamiento de problemas	Puntuación Diana:		Acciones: Dominio conductual Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida.  Clase: aumentar el afrontamiento Codificación: 5230  Acciones	Se observan signos de dificultad respiratoria para el momento de la evaluación
			M	A		

**Fuente:** (44)

Otro caso, es el de insuficiencia cardíaca (IC). Esta dolencia es el estado fisiopatológico y clínico en el cual el corazón es incapaz de aportar sangre. Las tres principales causas de Insuficiencia Cardíaca son: la cardiopatía hipertensiva, la cardiopatía isquémica asociada con un infarto previo y la miocardiopatía dilatada, de allí la importancia de aplicar el proceso de enfermería en la práctica asistencial, ya que sirve de herramienta metodológica que permite suministrar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, centradas en las respuestas, para así disminuir el índice de mortalidad por esta causa.

Aplicar el proceso de enfermería a paciente crítico con insuficiencia cardíaca, permitió explotar las virtudes de esta herramienta metodológica y científica ya que resultó de indudable utilidad en el campo de la investigación aplicada, debido a que permite incorporar los beneficios de estos resultados a investigaciones futuras, ya que proporciona resultados que se pueden medir (45).

El consumo de drogas, específicamente la cocaína, tiene graves consecuencias en la presentación de muchas cardiopatías. Los pacientes que han consumido cocaína y que ingresan por dolor torácico sufren más frecuentemente del síndrome coronario agudo, así como también de infarto agudo al miocardio con elevación del ST. El tratamiento de elección corresponde a la administración de nitroglicerina sublingual, Solinitrina 50 en 250cc de Glucosa al 5% y Valium Sublingual. Los cuidados de enfermería deben orientarse a la rehabilitación cardiaca y soporte psiquiátrico para eliminar adicción a drogas.

El cuidado de enfermería en el síndrome coronario agudo por consumo de cocaína, debe estar fundamentado en la fisiopatología, epidemiología, terapéutica farmacológica y de apoyo para un mejor abordaje en los servicios de urgencia (46).

A continuación, se presentan los planes de cuidado orientados en la NANDA y las nomenclaturas NOC y NIC.

**Tabla 11.** Plan de cuidado diagnóstico real

<b>DOMINIO 12</b> confort		CLASE: confort físico		<b>CÓDIGO DIAGNÓSTICO:</b> 00132	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo R/C Agentes lesivos químicos M/P Respuestas autónomas (diaforesis, cambios en la TA, respiración y pulso).					
<b>RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC</b>					
<b>RESULTADOS NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA MEDICIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
DOMINIO: Salud percibida (V) CLASE: Sintomatología (V) RESULTADOS: 2102. Nivel del dolor.	210202: Frecuencia del dolor 210211: Cambio de la frecuencia cardiaca 21021: Cambio de la presión arterial	1.-Gravemente comprometido 2.-Sustancialmente comprometido 3.-Moderadamente comprometido 4.-Levemente comprometido 5.-No comprometido	1 2 3 4 5	Mantener 2	Aumentar 5
INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA NIC				<b>EVALUACIÓN</b>	

## CAPÍTULO III. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

CAMPO Fisiológico básico	Clase: 2 fomento de la comodidad física	
<b>INTERVENCIONES INDEPENDIENTES</b>		
<p>1400.- Manejo del dolor</p> <p>1.-Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.</p> <p>2.-Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes.</p> <p>3.-Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.</p> <p>4.-Considerar el tipo y la fuente del dolor al seleccionar una estrategia de alivio del mismo.</p> <p>5.-Proporcionar a la persona un alivio del dolor óptimo mediante analgésicos prescritos.</p>		Paciente responde favorablemente al régimen terapéutico (5)

**Fuente:** (46)

**Tabla 12.** Plan de cuidado: diagnóstico de riesgo

DOMINIO 4 Actividad/ Reposo		CLASE: 4: Respuestas cardiovasculares/pul- monares	CÓDIGO DIAGNÓSTICO: 00200		
DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardiaca R/C Abuso de Sustancias					
RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC					
RESULTADOS NOC	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	N	PUNTUACIÓN DIANA	
DOMINIO: Salud fisiológica (II) CLASE: Cardiopulmonar (E) RESULTADOS: 0405. Perfusión tisular: cardiaca	040504 Angina 040510 Enzimas cardiacas	1.-Desviación grave del rango normal 2.- Desviación sustancial del rango normal 3.- Desviación moderada del rango normal 4.- Desviación leve del rango normal 5.-Sin desviación del rango norma	1 2 3 4 5	Mantener 2	Aumentar 4
INTERVENCIONES DE ENFERMERIA NIC			EVALUACIÓN		
CAMPO 1. Seguridad 2.fisiologico complejo	Clase: 2.- 1. Control en casos de crisis 2. control de la perfusión tisular		Paciente responde con desviación leve del rango normal. (4)		
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES					

PROCESO DE ATENCIÓN DE **ENFERMERÍA EN URGENCIA** Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

<p>6200 cuidados en la emergencia.</p> <p>1.-Actuar de forma rápida y eficaz, activando el sistema de emergencia.</p> <p>2.-Mantener la vía aérea abierta.</p> <p>3.-Determinar si ha habido sobredosis de drogas u otras sustancias</p> <p>4.-Realizar reanimación cardiopulmonar si fuese necesario.</p> <p>5.-Controlar los signos vitales y nivel de conciencia.</p>	<p>4044 cuidados cardiacos: agudos</p> <p>1.-Monitorizar ritmo y frecuencia cardiaca</p> <p>2.-Auscultar sonidos cardiacos</p> <p>3.-Obtener ECK de 12 derivaciones</p> <p>4.-Controlar el riesgo de los electrolitos.</p> <p>5.-Vigilar las tendencias de presión sanguínea y los parámetros hemodinámicas</p> <p>6.-Monitorizar los factores determinantes del aporte de oxígeno</p> <p>7.-Administrar medicamentos que alivien el dolor /eviten el dolor y la isquemia</p>
--	---

**Fuente:** (46)

**Tabla 13.** Plan de cuidado. Diagnóstico de bienestar

<b>DOMINIO:</b> 5 percepción/cognición		<b>CLASE:</b> 4 cognición		<b>CÓDIGO DIAGNÓSTICO:</b> 00161	
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA:</b> Disposición para mejorar los conocimientos					
<b>RESULTADOS DE ENFERMERÍA NOC</b>					
<b>RESULTADOS NOC</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>ESCALA MEDICIÓN</b>	<b>N.</b>	<b>PUNTUACIÓN DIANA</b>	
<p>DOMINIO: Conocimiento y conducta de salud</p> <p>CLASE: Conocimiento sobre salud</p> <p>RESULTADOS: 1813 Conocimiento régimen terapéutico</p>	<p>181303 responsabilidades de los propios cuidados para las situaciones de emergencia</p>	<p>1 Ningún conocimiento</p> <p>2 Escaso conocimiento</p> <p>3. conocimiento moderado</p> <p>4. conocimiento sustancial</p> <p>5. conocimiento extenso</p>	<p>1</p> <p>2</p> <p>3</p> <p>4</p> <p>5</p>	<p>MANTENER 3</p>	<p>AUMENTAR 5</p>
<b>INTERVENCIONES ENFERMERÍA NIC</b>			<b>EVALUACIÓN</b>		
CAMPO: conductual	CLASE D: educación de los pacientes		5.- Se logró ampliar los conocimientos acerca del síndrome coronario agudo que necesitaba saber el paciente.		
INTERVENCIONES INDEPENDIENTES					

## **CAPÍTULO III.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CARDIOPATÍAS

---

### **1.- 5616 Enseñanza de medicamentos prescritos**

- 1.-Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del medicamento si procede.
- 2.-Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento.
- 3.-Evaluar la capacidad del paciente para administrar los medicamentos el mismo.

### **Tratamiento por el consumo de sustancias nocivas 4510**

- 1.- Instruir al paciente de los efectos de las sustancias consumidas ya sean físicos psicológicos sociales
- 2.- Animar los esfuerzos del paciente para aceptar la responsabilidad del tratamiento relacionados con el consumo de drogas
- 3.- Proporcionar tratamiento de los síntomas durante el periodo de desintoxicación
- 4.- Proporcionar terapia: cognitiva, motivacional, orientación, terapia familiar

**Fuente:** (46)

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## CAPÍTULO IV

### CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS



### *4.1. Consideraciones acerca del consumo de drogas*

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), un fármaco es toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, ocasiona cambios o modifica algunas de las funciones del mismo (47). Algunos de esos fármacos alteran la función normal del sistema nervioso central (SNC) del individuo, y además produce una propensión a la dependencia, dado que son agentes psicoactivos, comúnmente denominados drogas, que actúan preponderantemente sobre el SNC, desencadenando cambios en el estado de conciencia y de ánimo.

Las drogas son estimulantes neurotransmisoras y su consumo puede dar lugar a cambios neuronales, que proporcionan, dependiendo de la droga, sensaciones de placer, euforia, poder, autoconfianza, energía (como en el caso de la cocaína), o euforia seguida de relajación y satisfacción (como en el caso de los opioides/heroína). Las drogas de abuso son sustancias químicas ingeridas sin fines terapéuticos, que suelen consumirse para incrementar las sensaciones de bienestar, mejorar el rendimiento o desempeño, por imitación o presión social (necesidades de afiliación) o por curiosidad (48). Sin embargo, pese a estos efectos, aparentemente positivos, las drogas también causan adicción, haciendo que se incremente la necesidad y frecuencia de consumo (dependencia), por lo que la capacidad de autocontrol desaparece (49). Esto origina múltiples problemas; físicos, psicológicos y sociales, que puede afectar las relaciones familiares, facilitar la aparición de comorbilidades, incluido el VIH, el deterioro de la salud del individuo consumidor, incluso, colocando en riesgo su vida, de manera directa (intoxicaciones, sobredosis) o de forma indirecta (accidentes de tránsito, traumatismos por caídas, peleas, actividades delictivas, quemaduras). No obstante los múltiples problemas causados por el abuso de drogas, el uso de estas sustancias, que en muchos países es ilegal, se ha incrementado, sobre todo en los países desarrollados, a la par que aumenta el deterioro de la salud mental de este tipo de consumidores. Una significativa proporción de individuos se vuelven drogodependien-

tes, comprometiendo más aún sus posibilidades de recuperación y transformándose en un problema de salud pública. También, el consumo de drogas ilegales se ha incrementado en los países en desarrollo, especialmente en los adolescentes y adultos jóvenes. Siendo el cannabis y la cocaína, dos de las sustancias más consumidas.

Por lo general, las personas afectadas por el consumo de drogas no acceden directamente al sistema de salud, sino que el contacto se produce a través de algún miembro de la familia; debido a la tendencia del consumidor a la negación, a la infravaloración del consumo, a la dificultad para aceptar que tiene un problema de dependencia o a la presión de sus iguales para continuar el consumo.

La Organización Mundial de la Salud ha clasificado las sustancias psicoactivas (drogas), legales o ilegales, en las siguientes categorías (50):

- a. Depresoras: Reducen o ralentizan el funcionamiento del SNC, ocasionando alteración de la concentración, la capacidad de emitir juicios y procesar estímulos externos. Son drogas que tienden a proporcionar una sensación de relajación, sedación, apatía. Entre este tipo de drogas se encuentran: el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes, el opio y sus derivados (metadona, heroína, morfina, codeína).
- b. Estimulantes: Este tipo de drogas activan el funcionamiento del SNC, produciendo desinhibición, euforia, agresividad, reducción del autocontrol, disminución del sueño, excitación motora. Entre estos estimulantes se destacan las anfetaminas, la cocaína, la nicotina, y las drogas sintéticas.
- c. Alucinógenas/psicodélicas: Suelen distorsionar las sensaciones y alterar significativamente el estado anímico y la conciencia. Se incluye en esta categoría de drogas una amplia gama de sustancias naturales y sintéticas, como el LSD y el éxtasis.

Por otra parte, el cannabis, la marihuana, los cannabinoides sintéticos ni los inhalantes (pega, pintura) no se incluyen en la actualidad entre

los alucinógenos. Entre los efectos de estas drogas se citan; euforia, sensación de relajación, aumento del apetito, dificultades para la concentración y memoria.

Además de los efectos depresores, estimulantes y alucinógenos, en general, las drogas pueden causar graves deterioro de la salud física y mental y de la capacidad de relacionarse socialmente. Entre las alteraciones causadas por las drogas se pueden citar: afectación neuroquímica del cerebro, problemas cardiovasculares (la cocaína aumenta el riesgo de isquemia miocárdica e infarto, además de otras patologías cardiovasculares) (51), cambios en el humor, conflictos, malformación fetal, disfunción sexual, deterioro del sistema inmune, problemas respiratorios, ansiedad, problemas del sueño e insomnio, muerte. En resumen, el abuso en el consumo de drogas desencadena graves problemas de salud física y mental, por lo que los servicios de atención médica deben estar preparados para atender las múltiples complicaciones que pueden generarse por el consumo de drogas.

#### *4.2. Trastornos y complicaciones asociadas al consumo de drogas*

1.- Trastorno por consumo de sustancias, también denominado dependencia, toxicomanía, adicción, drogadicción o drogodependencia. Para la OMS, la adicción es un estado psicofísico que se caracteriza por la ingesta frecuente y repetitiva de una sustancia para experimentar sus efectos o para evitar los síntomas desagradables que produce la falta de consumo. Cuando la adicción está referida a las drogas, recibe el nombre de drogadicción. Las personas adictas a las drogas continúan con el consumo a pesar de los daños que puedan ocasionarles, se encuentran intoxicados continuamente, carecen de autocontrol para evitar el consumo e intentan obtener la sustancia de cualquier manera. El riesgo de adicción depende del tipo de droga; los analgésicos y opioides tienen una mayor capacidad de crear adicción.

La capacidad de adicción está vinculada a la combinación de un conjunto de factores, entre los que se encuentran los siguientes (42):

- La intensidad de la droga en la estimulación del mecanismo de recompensa cerebral.
- La rapidez de la acción de la sustancia.
- La capacidad de la sustancia para desencadenar tolerancia y/o síntomas de abstinencia.
- La percepción de riesgo de la persona acerca del consumo de una determinada sustancia. A menor percepción de riesgos mayor es el incremento del consumo y viceversa.
- Prescripción médica de fármacos, entre ellos los opiáceos y analgésicos.
- Las características de la persona, el escaso nivel de autocontrol, la impulsividad o los altos deseos de experimentar novedades, así como la depresión, la angustia, el dolor crónico y el aislamiento contribuyen a incrementar la predisposición a la adicción a las drogas.
- Factores sociales y culturales suelen ser decisivos en el inicio del consumo de drogas, en su continuidad o en la recidiva. La convivencia con personas que emplean drogas incrementa la probabilidad de consumo.
- Laxitud en las prescripciones de drogas por parte de los médicos.

Con relación al diagnóstico de la adicción, en ocasiones la información es proporcionada por la persona afectada, sin embargo, la mayoría de las veces son los familiares quienes acuden a los centros asistenciales en busca de ayuda, porque muchos de los drogodependientes intentan ocultar su situación y sus parientes sospechan del problema cuando advierten sus cambios de conducta. La adicción al consumo de drogas se suele diagnosticar cuando la persona requiere de los servicios de salud para interrumpir el consumo. Los profesionales médicos pueden descubrir, durante un examen físico, señales y signos de consumo de drogas, entre ellos, marcas en la piel (venas quemadas) debi-

das a la inyección frecuente de drogas por vía intravenosa. Se trata de líneas en la piel formadas por diminutos puntos oscuros secuelas de los pinchazos de jeringas que están rodeadas de un área blanquizca o más oscura. La aplicación subcutánea de drogas inyectables produce úlceras o cicatrices circulares. Los profesionales de los centros de salud, además, pueden emplear otros métodos para diagnosticar un trastorno por uso de drogas, como el empleo de cuestionarios, análisis de muestras de orina y/o sangre a fin de detectar la presencia de drogas.

En general, se emplean un conjunto de criterios para el diagnóstico de un trastorno por uso de drogas (42):

- Carencia de autocontrol: la persona afectada no es capaz de controlar por sí misma el uso de la sustancia.
- Las obligaciones sociales de las personas se encuentran comprometidas: abandono del hogar, deserción laboral y escolar, infracción de normas, conducta delictiva. Las personas drogodependientes no cumplen con sus obligaciones laborales, escolares, recreativas o domésticas y continúa con el consumo de la droga aunque esto suponga empeorar sus problemas y relaciones sociales e interpersonales.
- La droga es utilizada incluso en situaciones que suponen grandes riesgos o peligro físico, por ejemplo, al conducir.
- Presencia de signos físicos y psicológicos relacionados con el consumo de drogas; euforia, letargia, ataxia, somnolencia, temblores, ojeras, enrojecimiento de los ojos, descuido de la higiene personal, movimientos descoordinados, entre otros.
- Tolerancia: incremento de la frecuencia o de las dosis de la droga, se tiene que consumir cada vez más sustancia para sentir el efecto deseado.
- Significativa cantidad de tiempo invertido en obtener y consumir la droga, así como en la recuperación de sus efectos.
- Deseo incontrolable de la droga.
- Abstinencia: esta se produce cuando el individuo drogodependiente interrumpe el consumo de la droga o cuando los efectos

de la misma son contrarrestados por el empleo de otra sustancia. Es necesario destacar que algunos medicamentos, especialmente los opiáceos, sedantes/hipnóticos, antidepresivos y estimulantes pueden acarrear tolerancia y/o síntomas de abstinencia, incluso, cuando se ingieren de acuerdo con las prescripciones facultativas, por criterios médicos, por razones clínicas legítimas y por períodos relativamente cortos (con respecto a los opiáceos por debajo de los siete días). En el caso de los síntomas de abstinencia originados por el uso de fármacos médicamente recomendados, no cabe el diagnóstico de un trastorno por uso de sustancias.

Se considera que los individuos que satisfacen dos o más de los citados criterios, en un lapso de un año, padecen de trastorno por uso de sustancias y la gravedad del mismo estará determinada por la cantidad total de criterios que esa persona satisface: trastorno leve: 2 o 3 criterios, trastorno moderado: 4 o 5 criterios, trastorno grave: más de 6 criterios.

El tratamiento dependerá de la droga o sustancia consumida, así como de las circunstancias. En términos generales, está basado en asesoramiento y en ocasiones en la administración de otras sustancias. El soporte familiar y de los grupos de apoyo ayuda a mantener el compromiso de la persona por su recuperación y por la interrupción del consumo de drogas.

Por otra parte, compartir jeringas o agujas es una de las causas más frecuente de infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y hepatitis, por lo que es importante llevar a cabo programas de promoción de la salud para disminuir la incidencia de contagio entre la población de alto riesgo; es decir, en sujetos sin capacidad de interrumpir el consumo.

2.- Sobredosis o intoxicación aguda: La OMS cataloga la intoxicación como un estado transitorio consecutivo a la ingesta o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol, que conlleva a alteraciones del estado de conciencia, cognición, percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas (52). Y, de acuerdo con el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (53), la intoxicación es el desencadenamiento de un conjunto de signos y síntomas (síndrome) reversibles, específicos de la sustancia consumida, relacionados a la ingestión o exposición reciente. Las manifestaciones más frecuentes son; alteraciones de la percepción, de la vigilancia, de la atención, del pensamiento, de la capacidad de juicio y del comportamiento psicomotor y relacional.

La severidad de la intoxicación está asociada a las condiciones individuales, la droga empleada y la dosis ingerida, en virtud de que cada droga tiene su fisiopatología. A continuación se describe la de alguna de las drogas de uso más común:

- a. Fisiopatología de la intoxicación por cocaína: Benzoil-metil-ecgonina, C<sub>17</sub>H<sub>21</sub>NO<sub>4</sub>, liberación de dopamina, adrenalina, noradrenalina y serotonina, bloqueo recaptación de catecolaminas, bloqueo canales de Na. Metabolismo: hidrólisis (benzoilecgonina), esterasas (metil éster ecgonina), metabolismo hepático (norcocaína). Ingesta: inhalada (crack), intranasal, intravenosa. Síntomas de intoxicación: Sujetos a la dosis ingerida y a la susceptibilidad del individuo, dosis tóxica mortal (1-2 gramos vía oral-75-800 mg vía intravenosa). Primera fase de la intoxicación: euforia, excitabilidad, ansiedad, agitación, inestabilidad emocional, paranoia, sudoración, hipertermia, cefalea, vómitos, hipertensión, taquicardia, pupilas dilatadas. Segunda fase de la intoxicación: cianosis, pérdida de reflejos, parálisis muscular, respiración irregular, fallo respiratorio, coma, muerte. Entre las causas más frecuentes en la intoxicación por cocaína están: cardiovasculares (infarto, crisis hipertensivas, arritmias), cerebrales (hemorragia, infarto cerebral), hipertermia. Cuando

la cocaína es mezclada con adulterantes, otras drogas o con el alcohol se corre el riesgo de muerte súbita. El diagnóstico de la intoxicación por cocaína se realiza a través de la determinación de benzoil ecgonina en orina (5 días), historia y exploración, ECG, marcadores de isquemia miocárdica, TAC: diagnóstico hemorragia cerebral. El plan de atención en la intoxicación por cocaína incluye: control signos vitales, sedación farmacológica (benzodiazepinas), tratamiento de hipertermia, replección de volumen (54).

- b. Fisiopatología de la intoxicación por opioides: Derivados del opium, morfina, heroína. Farmacocinética de los opioides: buena absorción, gran volumen de distribución, liposolubilidad, unión a proteínas variable, metabolismo hepático, eliminación renal. Farmacodinamia: analgesia, depresión respiratoria y del SNC, gastrointestinal, genitourinarios, cardiovasculares, liberación de histamina. Vías de administración: intravenosa, intranasal, subcutánea, inhalatoria fumada. Efectos: vómitos, mareo al inicio del consumo, sensación de placer intensa (flash), sedación, euforia, alivio de las tensiones, prurito, disminución conciencia, enlentecimiento motor, dificultades para hablar y moverse, somnolencia, disminución de los reflejos, sensación de frío, bradicardia, miosis, cianosis (color azulado de los labios), hipotensión, palidez, respiración lenta y superficial. En la sobredosis se presenta: semi-inconsciencia, somnolencia, palidez, inestabilidad motora, disminución sensorial y del habla (incapacidad de escuchar o de responder), miosis intensa, retención urinaria, respiración lenta y superficial, hipotensión y bradicardia, depresión respiratoria, coma y muerte. El síndrome opioide se caracteriza por la depresión del SNC, la depresión respiratoria y la miosis. El diagnóstico se realiza mediante: historia y clínica, descarte de hipoglucemia, Rx de tórax, descarte de otros tóxicos. Diagnóstico diferencial: búsqueda de sustancias que deprimen SNC. El plan de cuidados incluye: control de la vía aérea y oxigenación, administración de antídoto: naloxona, descontaminación GI, ob-

servación. Otros problemas causados por la dependencia a los opioides son: el Sida, la hepatitis, las infecciones y los abscesos (54).

- c. Fisiopatología de la intoxicación por cannabis: Mecanismo de acción:  $\Delta$ -9-tetrahidrocannabinol. Efectos: relajación, desinhibición, bienestar, euforia, locuacidad, alteraciones de la percepción temporal y/o sensorial, alteración de la memoria de corto plazo y de los procesos mentales complejos, depresión, somnolencia, dificultad de coordinación, incremento del apetito. El cannabis puede producir psicosis y cuadros delirante-alucinatorios en personas vulnerables, las probabilidades de sobredosis por esta droga son escasas. En niños, el cannabis puede producir hipotermia, ataxia, nistagmus, taquicardia, temblores, labilidad emocional. Las dosis orales elevadas originan letargia, somnolencia y coma. El diagnóstico y tratamiento implica: metabolitos desde 1<sup>a</sup> hora. Diagnóstico diferencial: psicosis • Reacción de pánico y agitación – Benzodicepinas • Evaluación psiquiátrica • Niños: observación Metabolitos desde 1<sup>a</sup> hora. Diagnóstico diferencial de psicosis: reacción de pánico y agitación (benzodicepinas), valoración psiquiátrica. Niños: observación (54).
- d. Fisiopatología de la intoxicación por alucinógenos, anfetaminas, éxtasis, ketamina, GHB, drogas de diseño: Los síntomas de intoxicación y las complicaciones son similares a los de la intoxicación por cocaína. Efectos estimulantes: euforia, desorientación, verborrea, supresión del sueño, el hambre. Hipertensión, taquicardia, agitación, rigidez muscular, contracturas maxilares, hipertermia, y convulsiones. Las complicaciones por la intoxicación con este tipo de drogas incluyen: psicosis y deterioro mental, cardiovasculares, cerebrales, hipertermia. El consumo crónico de los derivados de las anfetaminas puede producir lesión cerebral irreversible. Las pautas para el manejo de pacientes es similar al manejo de pacientes intoxicados con cocaína (54).

Por otra parte, la sobredosis de drogas durante la gestación está asociada a un conjunto de complicaciones médicas y obstétricas, causadas tanto por la acción directa de la droga como por otros factores asociados a la drogadicción. Uno de los efectos más importantes del consumo de drogas durante el embarazo, especialmente de aquellas drogas capaces de desarrollar toxicomanía, es la dependencia tanto de la madre como del feto (55).

El plan de cuidados general de los pacientes con cualquier tipo de síndrome de intoxicación incluye la monitorización y el mantenimiento de los signos vitales, además de la vigilancia del estado de conciencia. Asimismo, se debe interrumpir la absorción de la droga y estimular la eliminación de la misma. Esto último, dependiendo del estado del paciente, se puede lograr a través de la inducción del vómito; de estar consciente la persona y de haberse identificado el agente ingerido. El vómito se puede inducir por la estimulación directa de la hipofaringe o mediante la administración de eméticos. Lavado gástrico se aconseja en los casos en que la inducción al vómito está contraindicada o no resultó exitosa. El paciente debe ser intubado, en caso de estar inconsciente o de no responder a los estímulos. La intubación es recomendable, especialmente, en individuos intoxicados por opiáceos y en aquellos que padecen de dilatación gástrica y/o piloroespasma, dado que en este tipo de pacientes se puede producir broncoaspiración por regurgitación. Como parte del plan de atención, también se debe tomar muestras del contenido gástrico para el análisis toxicológico, la canalización de la vía venosa para la administración de fármacos y soluciones, valorar la necesidad de diálisis peritoneal o hemodiálisis, según la complejidad del caso. En caso de que el paciente se encuentre en coma es necesario derivar para tratamiento y apoyo especializado. Entre las pautas para el manejo de los pacientes en estado inconsciente están: la permeabilización de la vía aérea, posicionar al paciente en decúbito lateral para evitar la obstrucción de la vía aérea debido a la flacidez de la lengua o introducir una Cánula de Mayo para evitar la retracción de la lengua hacia la parte posterior de la faringe, limpiar

las vías respiratorias con mecanismos manuales o por aspiración, proceder a la intubación de ser necesario, administrar oxígeno (aplicar catéter nasal; pasar 1-1.5 litros por minuto de O<sub>2</sub>, aproximadamente. En caso de pacientes apnéicos proceder a la intubación junto con la aplicando de respiración asistida, de acuerdo con las recomendaciones generales. Evaluar el sistema cardiovascular: frecuencia y ritmo del pulso carotídeo, temporales, radiales, femorales, pédicos, valorar las condiciones cardíacas: presencia y características de ruidos cardíacos; ritmo cardíaco; actividad eléctrica del corazón, soporte inmediato, básico o avanzado, de acuerdo con la condición del paciente (56).

3.- Comorbilidad entre los trastornos por consumo de drogas y otras enfermedades mentales: La comorbilidad hace referencia a la presencia de dos o más trastornos o enfermedades que cursan al mismo tiempo o uno de ellos seguido de otro. Los trastornos por consumo de drogas pueden cursar con algunas enfermedades mentales y, a su vez, las enfermedades mentales pueden incidir en el consumo de drogas. Básicamente la drogadicción afecta el cerebro al cambiar las necesidades y deseos del individuo y sustituirlas por nuevas prioridades relacionadas con la búsqueda e ingesta drogas, lo que desencadena comportamientos compulsivos, susceptibles de debilitar el control de los impulsos. Este tipo de comportamientos son semejantes a otros trastornos mentales. Algunas personas que padecen de trastorno por consumo de drogas pueden sufrir otras enfermedades mentales, al igual que individuos diagnosticados con trastorno mental pueden padecer trastornos por consumo de drogas. Los jóvenes con trastorno por consumo de drogas suelen presentar signos de determinados trastornos mentales, como depresión o ansiedad. Existen factores de riesgo comunes para la enfermedad mental como para el trastorno por consumo de drogas, como los factores genéticos predisponentes, los factores ambientales (estrés, trauma), condiciones de salud mental, empleo de ciertos fármacos.

El consumo de drogas puede coadyuvar en la aparición de una enfermedad mental. La elevada tasa de comorbilidad entre el trastorno por consumo de drogas y otras enfermedades mentales amerita de una estrategia integral que identifique y valore ambos problemas. Diversas terapias de comportamiento (cognitiva-conductual, dialéctica-conductual, asertiva-comunitaria, comunidades terapéuticas) reflejan resultados prometedores en el tratamiento de estas comorbilidades. Las estrategias de afrontamiento pueden individualizarse, de acuerdo con la edad, el grupo diana, la droga empleada, entre otros factores. Las terapias pueden ser independientes o acompañarse de la administración de medicamentos. En la actualidad se cuenta con medicamentos eficaces en el tratamiento de la adicción a los opioides, al alcohol y a la nicotina, así como para el alivio sintomático de diversas enfermedades mentales. No obstante, la mayor parte de estos fármacos no han sido probados en poblaciones comórbidas y algunos fármacos pueden ser empleados en el tratamiento de varias patologías, como es el caso del bupropión, usado para el tratamiento de la depresión y la dependencia de la nicotina (57).

4.- Síndrome de abstinencia: Cuando el consumo de drogas es interrumpido o se reduce de manera repentina se presenta el síndrome de abstinencia. Se trata de la respuesta física y psicológica a la supresión del consumo de sustancias psicoactivas, manifestada a través de una serie de signos y síntomas, encontrándose entre los más frecuentes: insomnio, temblores e irritabilidad, cambios repentinos en la dieta y el peso. El síndrome de abstinencia se puede clasificar según el lapso en que tardan en aparecer/desaparecer los síntomas o según el tipo de droga consumida (58):

a).- Síndrome de abstinencia de acuerdo con el tiempo de aparición de los síntomas:

- Síndrome de abstinencia agudo. Aparición de los síntomas de manera inmediata tras la interrupción del consumo de la droga.
- Síndrome de abstinencia tardío. Las secuelas del consumo se

mantienen a lo largo del tiempo, no obstante haber superado la adicción.

- Síndrome de abstinencia psicológico. Presencia de síntomas del síndrome agudo producida por la exposición a estímulos y situaciones parecidos al consumo de droga.

b).- Síndrome de abstinencia según la sustancia consumida:

- Síndrome de abstinencia alcohólica: Se puede producir taquicardia, ansiedad, agitación, temblores, cuando una persona adicta al alcohol interrumpe el consumo.
- Síndrome de abstinencia de nicotina: La suspensión del tabaco, en personas adictas, puede provocar ira, inquietud, frustración, incremento del apetito o del peso corporal.
- Síndrome de abstinencia de cannabis. Los adictos al cannabis que suspenden el consumo pueden experimentar náuseas, irritabilidad, pérdida de peso y alteraciones en los patrones del sueño.
- Síndrome de abstinencia de estimulantes: La abstinencia de este tipo de sustancias pueda producir alteraciones del sueño, cansancio, fatiga, aumento del apetito, disforia.

La abstinencia puede producirse por diferentes razones, entre ellas la imposibilidad de acceder a la droga, sin embargo, también es un proceso inherente a la rehabilitación de las personas adictas, por lo que supone un paso dentro del proceso de recuperación. De allí la importancia de que el paciente, desde el inicio del tratamiento o terapia de rehabilitación, esté informado acerca de los síntomas que producirán la retirada de la sustancia adictiva. Algunos medicamentos pueden reducir los efectos de la abstinencia, mientras que para las adicciones más graves existen centros de desintoxicación o de rehabilitación especializados en el manejo de personas drogodependientes.

El diagnóstico del síndrome de abstinencia se realiza a partir de la consideración de los siguientes criterios: establecer si la condición del

paciente es producida por la interrupción del consumo de drogas y valorar si están presentes las condiciones físicas, mentales o emocionales asociados al síndrome, descartar que los signos y síntomas no se encuentren asociados a ningún otro trastorno mental o del comportamiento. Con relación al plan de cuidados de pacientes con síndrome de abstinencia, el objetivo básico es la monitorización y sostén de los signos vitales y la subsiguiente atención de las demás manifestaciones. Adicionalmente, se aconseja aprovechar el tratamiento del síndrome de abstinencia para motivar al paciente a seguir un programa de rehabilitación, incluir al grupo familiar en el proceso terapéutico y de cuidados, restringir el empleo de fármacos a los casos recomendados por los profesionales competentes, informar al paciente acerca del deseo irrefrenable de retomar la droga (insidia) como parte y dificultad del proceso de recuperación. De igual manera, el tratamiento de la abstinencia exige de acciones integrales, como (56):

- a. El afrontamiento y evaluación de los problemas vinculados a la drogadicción: físicos, emocionales, familiares, conyugales, relacionales, entre otros.
- b. Informar y educar al grupo familiar o de soporte acerca de la importancia de controlar al paciente durante la etapa fase crítica, debido a la elevada probabilidad de recaída.
- c. Brindar mecanismos para fortalecer la autoestima, el componente emocional-afectivo e incluso espiritual del paciente.
- d. Informar y educar al paciente con relación a las consecuencias de la adicción a las drogas.
- e. Motivar al paciente a integrarse en programas y grupos de autogestión, grupos de ayuda, como Alcohólicos Anónimos, Narcóticos Anónimos.
- f. Derivar al paciente a programas de rehabilitación y/o reinserción social, de ser necesario.

La persona drogodependiente con síndrome de abstinencia atraviesa por un conjunto de fases, de acuerdo con cada tipo de droga.

1.- Síndrome de abstinencia de cocaína (SAC) (59) :

- a. Primera Fase: **Crash** (choque), con duración de 9 horas a 5 días aproximadamente. Esta fase se caracteriza por la acelerada aparición de los síntomas de abstinencia, comprende tres sub-fases. Temprana: de 6 a 20 horas (agitación, depresión, anorexia, intenso deseo de cocaína o **craving**). Media: de 6 a 20 horas (fatiga, depresión, anhedonia, irritabilidad, cefaleas, mialgias difusas, insomnio con letargia, no deseo de cocaína. Tardía: de 3 a 5 días (agotamiento físico, hipersomnolia con despertar frecuente, cefaleas intensas, hiperfagia, desaparición del deseo de cocaína).
- b. Segunda Fase. Abstinencia, con duración entre 1 a 10 semanas. Temprana (normalización del ritmo de sueño, del estado de ánimo (eutimia), escasa ansiedad y escaso deseo de cocaína). Media y tardía (disforia, anhedonia, anergia, incremento de ansiedad, irritabilidad, intenso deseo de cocaína).
- c. Fase de extinción: de duración indeterminada (eutimia, respuesta hedónica normal, recuerdo de los efectos agradables de la cocaína).

2.- Síndrome de abstinencia de opioides/heroína (60)

- a. Primera fase: Síntomas iniciales de abstinencia: Inicio entre 6-12 horas (opiáceos de corta acción) y 30 horas (opiáceos de acción prolongada). Agitación, aceleración de los latidos cardíacos, hipertensión, fiebre, dolores musculares, alteraciones del sueño, lagrimeo, bostezos excesivos.
- b. Segunda fase: Síntomas tardíos: Alcanzan su máximo en 72 horas y pueden durar una semana o más. Depresión, deseo intenso de la droga, náusea y vómito.

Como parte del tratamiento integral se requiere de apoyo psicológico para disminuir los síntomas y los efectos secundarios de la abstinencia. Diversos tratamientos de desintoxicación pueden emplearse durante el manejo del síndrome de abstinencia de opioides, lo que puede incluir

tratamiento farmacológico bajo supervisión facultativa y de salud mental en un centro especializado en rehabilitación o de manera ambulatoria. Los síntomas de la abstinencia de los opiáceos suelen causar gran malestar y angustia, por lo que los signos vitales ameritan ser monitoreados; niveles respiratorio, presión sanguínea, temperatura, ritmo cardíaco. No se recomienda interrumpir el consumo de opiáceos sin el apoyo físico, emocional y sin supervisión médica, ya que los efectos secundarios de la abstinencia son muy intensos y pueden acarrear complicaciones peligrosas.

### *4.3. Plan de cuidados de enfermería para pacientes afectados por las drogas*

El proceso de enfermería PAE es un proceso de evaluación dinámico, continuo, flexible, y susceptible de retroalimentación y de replantear los objetivos de cada etapa. El PAE permite a los profesionales de enfermería ofrecer cuidados enfermeros de manera lógica y sistemática, a través de la puesta en práctica de los paradigmas científicos a pacientes intoxicados. Esto incluye las siguientes etapas:

- a. Valoración: Permite hacer acopio de información objetiva y subjetiva del paciente, establecer las necesidades de cuidados y formular un plan de atención prioritario. Los instrumentos, utilizados con frecuencia para identificar los problemas, son la observación directa, chequeos de enfermería y/o entrevistas. Para la valoración del paciente se utilizará la historia clínica, los dominios Nanda, la observación, la palpación, la auscultación y percusión.
- b. Diagnóstico de enfermería: Permite identificar los cambios en las necesidades del individuo, sin llegar a describir enfermedades específicas en el análisis de la atención. Este diagnóstico se realiza de acuerdo con la lista de diagnósticos de la NANDA.
- c. Planificación: En esta etapa se establecen las metas para cada diagnóstico de enfermería y las intervenciones a partir de la condición del paciente.
- d. Ejecución: Fase donde el plan de cuidados previamente formu-

lado se lleva a la práctica. Los profesionales enfermeros son responsables de la ejecución del plan, el cual deberá considerar la inclusión del paciente, de los familiares y otros miembros del equipo. En esta etapa las intervenciones de enfermería se implementan con la finalidad de solucionar el problema y satisfacer las necesidades de cuidado del paciente. El cuidado enfermero en el caso de pacientes drogodependientes tiende a ser asistencial, favoreciendo la actitud positiva, amigable y sensible para dar cuidados efectivos a la persona afectada.

- e. Evaluación: La evaluación permite la comparación sistemática entre el estado de salud del paciente y los resultados obtenidos.

El proceso de cuidados enfermeros se instaura como los fundamentos de una atención de calidad, cónsona con el cambio en los requerimientos o necesidades del paciente. El cuidado enfermero en los casos relacionados con la drogodependencia, intoxicación por consumo de drogas o síndrome de abstinencia implica poner en práctica un cuidado humanizado, integral, holístico. Este puede alcanzarse mediante la propuesta de Hildegard Peplau, que hace énfasis en la relación personal enfermero/paciente. Estas intervenciones y actividades prescritas deben ejecutarse a partir del conocimiento específico y ofreciendo una atención de calidad y oportuna para evitar complicaciones y garantizar el restablecimiento de la salud del paciente.

Los profesionales enfermeros desempeñan una labor crítica en el cuidado a la salud y/o rehabilitación de los pacientes con adicción a las drogas, por lo que requieren estar capacitados profesional y psicológicamente para atender a este tipo de pacientes. En este sentido, es pertinente la propuesta teórica de las *Relaciones interpersonales* de Hildegard Peplau (61), dada su importancia en la enfermería en general y en la enfermería psiquiátrica en particular. La teoría no solo ha contribuido al desarrollo de la enfermería moderna, sino que, también, ha propiciado la investigación en el ámbito de la psicoterapia y de la salud mental. La idea principal de la teoría de Peplau es que la intervención

de los profesionales de enfermería es clave para ayudar a identificar los problemas de salud y facilitar el acceso a los recursos para resolver esos problemas, cuando los individuos se encuentran incapacitados para identificar y satisfacer sus propias necesidades. Para Peplau la enfermería es un instrumento educativo, una fuerza para contribuir al sostén de una vida productiva, personal y comunitaria. Con la ayuda de conceptos de autores como Sigmund Freud, Abraham Maslow, Harry Sullivan y Neal Miller, Peplau propone una teoría de enfermería psicodinámica, fundamentada en la relación interpersonal entre pacientes y cuidadores. Esta interacción debe integrarse mediante la cooperación con la finalidad de alcanzar un equilibrio que proporcione salud y bienestar físico y mental. La teoría de Peplau ofrece al personal de enfermería una herramienta para trabajar de manera estructurada y organizada, a través de cuatro fases o etapas (62):

- a. Fase de orientación: El personal enfermero actúa como guía que permite al paciente comprender lo que le está ocurriendo.
- b. Fase de identificación: El paciente se hace consciente de la necesidad de ayuda y opta por cooperar con quienes le brindan el apoyo. El personal enfermero realiza el diagnóstico de enfermería y desarrolla el plan de acción.
- c. Fase de explotación o aprovechamiento: El plan de cuidados se lleva a cabo de manera eficiente y el paciente es capaz de aprovechar el servicio, colaborar y beneficiarse del mismo.
- d. Fase de resolución: El paciente comienza a ser activo y paulatinamente alcanza el objetivo, independizándose del personal enfermero.

Cabe destacar que la puesta en práctica de la teoría de Peplau en la comunidad de profesionales de enfermería ofrece un abordaje viable, capaz de promover las acciones suficientes para encontrar soluciones a las necesidades insatisfechas de los pacientes, como es el caso de las personas drogodependientes.

Por otra parte, la interacción personal enfermero/paciente sigue las siguientes fases (62):

- a. Extrañamiento: Para el paciente, los profesionales de enfermería son extraños, inicialmente, por lo que estos deben hacer un abordaje respetuosa, indagar y buscar, mediante el conocimiento, la forma de obtener la cooperación del paciente.
- b. Persona recurso: El personal enfermero se convierte en un medio, a través de las instrucciones y respuestas al paciente, para que este alcance la solución a sus problemas o satisfaga sus necesidades.
- c. El docente: Los profesionales de enfermería también desempeñan el rol de docentes, ya que deben instruir y proporcionar al paciente, al grupo familiar e, incluso, a la comunidad información pertinente acerca del estado de salud, los riesgos y las acciones necesarias para la recuperación, especialmente en los casos de consumo de drogas. Este aprendizaje guiado está fundamentado en el conocimiento adquirido a través de diversas fuentes; aprendizaje formal y aprendizaje vivencial, a partir de las actividades que los profesionales de enfermería realizan cotidianamente.
- d. El conductor: Esta es una de las características propias de la cooperación y la relación interpersonal entre pacientes y personal de enfermería. Si bien ambas partes intervienen en el logro de los objetivos, a través del plan de cuidados, los profesionales enfermeros conducen el proceso.
- e. El sustituto: Desde la perspectiva del paciente, el personal enfermero puede reemplazar objetos similares que recuerde. Así entonces, los profesionales enfermeros deben contribuir a establecer diferencias y avanzar hacia la independencia.
- f. El consejero: Desde esta función, los profesionales enfermeros contribuyen a que el paciente encauce su actuación y decisiones hacia la recuperación de la salud. La intención es ayudar al paciente a comprender su condición médica o de salud y a superarla.



## **CAPÍTULO IV.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

---

Por otra parte, las intervenciones de enfermería se realizarán conforme a las necesidades del paciente, de su familia o de la comunidad con el propósito de alcanzar la normalización y/o la recuperación. Entre los objetivos de la intervención de enfermería se encuentran los siguientes:

- Estandarizar las intervenciones, los registros y las técnicas empleadas por los profesionales enfermeros a objeto de incrementar la calidad asistencial.
- Proseguir la mejora y revisión de la historia clínica.
- Viabilizar la valoración, planificación y evaluación del proceso de intervención.

En este orden de ideas, el proceso de atención a los pacientes drogodependientes incluye el contexto de la comunidad, privilegiándose la proximidad al lugar de residencia y el entorno del paciente, poniendo en práctica los mecanismos y programas de asistencia en régimen ambulatorio. La atención en salud tiene como objetivos clave la desintoxicación, el cambio de hábitos, la reducción de riesgos, la disminución de daños y el restablecimiento de las condiciones de salud de los pacientes drogodependientes. En este proceso, el objetivo estratégico es la integración social del individuo afectado. Para lograr este objetivo es necesario el apoyo e integración de las redes del sistema sanitario como familiares y comunitarias (64). Así entonces, es importante desarrollar las siguientes acciones:

- Ubicar la prevención frente al consumo de drogas como un objetivo básico en el proceso de intervención, especialmente, en los procesos enfocados en la población escolar y en adolescentes, estimulando la sensibilidad social e informando oportunamente acerca de los riesgos derivados del consumo de drogas.
- Fortalecer el cuidado y atención a los colectivos más vulnerables, con mayores riesgos o con mayores dificultades para acceder a los servicios asistenciales: pacientes con larga data de consumo de droga y escasa capacidad de cambio conductual, personas con patologías múltiples o con enfermedades mentales, individuos drogodependientes en situación de calle, pa-

- cientes con necesidades especiales o discapacitados y demás grupos o personas en situación de marginación y exclusión.
- Evaluar y reenfocar los procesos de intervención desde la perspectiva de género y de las diferencias culturales para garantizar la adaptación de los programas a las necesidades de las mujeres drogodependientes y a las personas con diferentes culturas.
  - Organizar las intervenciones desde una perspectiva holística de manera que, considerando las múltiples causas y la complejidad de la problemática de la drogadicción, se ofrezcan respuestas y soluciones adecuadas para procurar la recuperación significativa de la salud y la calidad de vida de las personas y del entorno afectado.

De lo antes descrito, se infiere la necesidad de coordinar el trabajo de atención a los pacientes drogodependientes desde los diferentes servicios de salud, instituciones y organizaciones sociales involucradas en el manejo de este tipo de pacientes. Adicionalmente, es fundamental propiciar la calidad del servicio prestado en todos los niveles de atención, a través del trabajo con las comunidades, el desarrollo de campañas de prevención, la capacitación e información respecto a los riesgos relacionados con el consumo de drogas, la importancia del soporte y el apoyo de las redes familiares, entre otros.

El personal de enfermería, como integrante del equipo interdisciplinar en la atención a pacientes en condiciones de drogodependencia ejecuta su trabajo en el contexto de un proceso de intervención integral, individualizado, dinámico y flexible, que responda a las necesidades de cada persona y situación particular, a través de un mecanismo de evaluación permanente de la persona tratada.

El tratamiento es susceptible de conceptualizarse como las diversas intervenciones diseñadas, planificadas y estructuradas para atender a los problemas relacionados con la salud, vinculados al consumo y abuso de drogas. Este proceso o tratamiento se inicia cuando los con-

## **CAPÍTULO IV.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

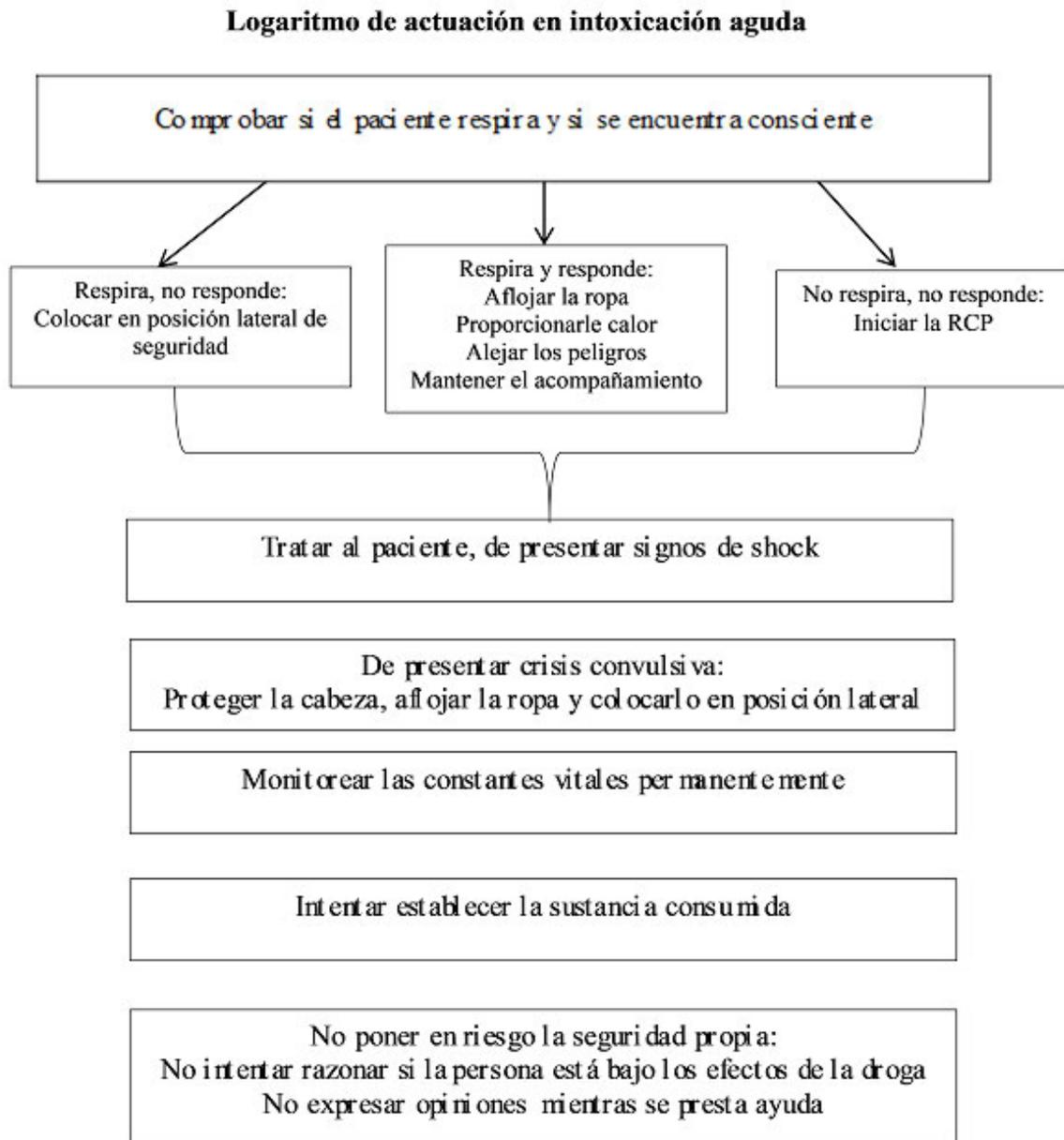
---

sumidores o los familiares de estos pacientes solicitan la atención de los centros de salud y, a partir, de allí, se origina una secuencia de acciones que tienen por objetivo devolver al paciente el bienestar y el adecuado nivel de salud (65).

El plan de intervención, en el caso de pacientes afectados por el consumo de drogas, incluye un conjunto de etapas estrechamente conectadas y completadas de manera simultánea en el tiempo. El objetivo clave es ofrece a los individuos que padecen problemas derivados del abuso de drogas un conjunto e opciones de tratamiento y cuidados para recuperar sus habilidades, competencias y el rendimiento físico, intelectual. La atención y cuidados en salud pueden contribuir a ganar autonomía y librarse de la dependencia de la droga para alcanzar una rehabilitación significativa. En este sentido, los tratamientos y las alternativas de intervención podrían incluir los siguientes procesos; terapias de desintoxicación, de sustitución y mantenimiento, de asesoría psicosocial, integración a grupos de autoayuda, entre otros (65).

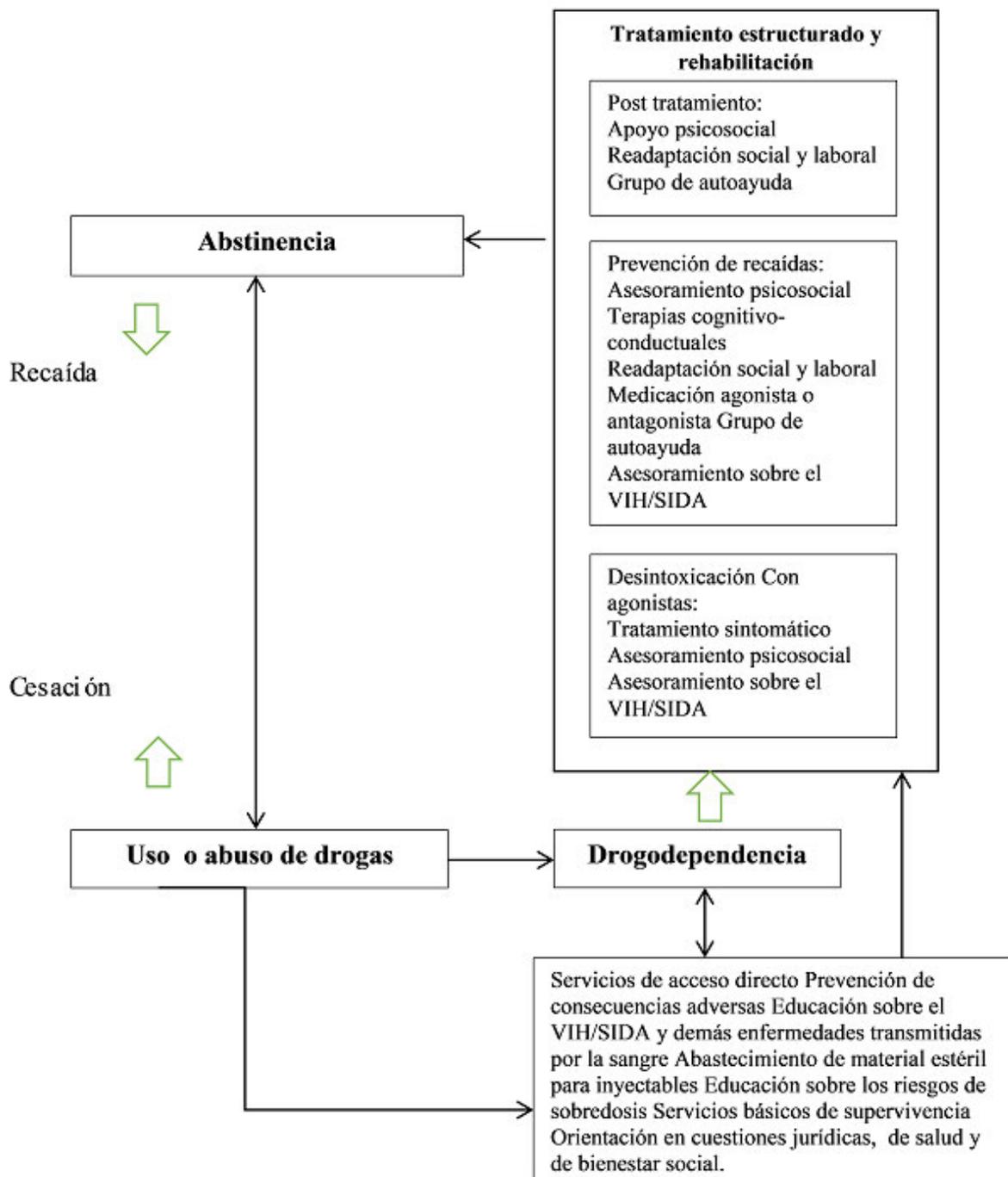
La intervención de enfermería está contextualizada en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), propuesto por Pender (66). Este modelo permite la comprensión de los factores clave que prescriben las conductas de salud y que representan la base de la atención en enfermería. De acuerdo con Pender, el propósito de la atención en enfermería es generar, con el apoyo de los pacientes, familias y comunidades, las condiciones propicias para la recuperación de la salud y del bienestar. Desde una perspectiva preventiva, Pender explicó que los factores cognitivos (creencias, percepciones, concepciones, ideas) son los determinantes básicos en el comportamiento de los individuos con relación al cuidado de la salud. Así entonces, cuando se desea que el individuo adquiera una conducta enfocada en el mantenimiento o recuperación de la salud, es importante la modificación positiva de esos factores cognitivos, y, conjuntamente, la intención para sostener esa conducta y la implicación en una estrategia planeada para su logro (63).

**Ilustración 8.** Logaritmo de actuación en intoxicación aguda



**Fuente:** Adaptado de (64)

**Ilustración 9.** Proceso de tratamiento y atención drogodependencia



**Fuente:** (65)

El protocolo de atención del personal de enfermería en situaciones de drogodependencia abarca dos grandes áreas; la atención a la solicitud de asistencia y la valoración del paciente en los aspectos biológico, psíquico y social. En primer lugar, ante la solicitud de asistencia con relación a información, orientación, valoración, tratamiento, se llevan a cabo las siguientes acciones (63):

1. Recepción: Constituye la primera acción realizada por el personal de enfermería e implica prestar atención a la solicitud del paciente o de la familia, la recogida inicial de datos e información.
2. Ingreso: Dependiendo de las necesidades y de las recomendaciones del personal médico, se lleva a cabo el ingreso hospitalario del paciente.

En esta etapa el persona enfermero ejecutará las siguientes acciones:

1. Atender la demanda
2. Recolectar información básica
3. Decidir acerca de la priorización de la atención por: Gestación, riesgo en caso de menores dependientes, ingesta de drogas de elevado riesgo (compartir jeringuillas, carencia de higiene en la administración de la droga), enfermedades, trastornos físicos o psiquiátricos que ameriten tratamiento urgente, elevado riesgo de autolesiones, riesgo para la seguridad de terceros, entre otros.
4. Informar y orientar acerca de las opciones disponibles, derivando a otros centros y servicios, de ser necesario.
5. Mostrar empatía y comenzar a establecer el vínculo terapéutico que contribuya a la adherencia y reduzca el riesgo de abandono del tratamiento.
6. Buscar mecanismos de motivación (como la entrevista motivacional) para ayudar al paciente a comenzar el proceso de atención.
7. Fijar las citas necesarias con los profesionales médicos que intervendrán en la valoración del paciente.

Con respecto a la valoración interdisciplinaria y multidimensional del paciente, en esta el personal enfermero recoge la información imprescindible para la evaluación del paciente. Esta evaluación deberá ser continua y dinámica a través de un proceso de intervención integral, capaz de ofrecer retroalimentación tanto al equipo de profesionales como al mismo paciente, con información oportuna y de utilidad con relación a las distintas áreas afectadas por el consumo de drogas: sanitaria, psicológica, social y ocupacional. Por lo general, los individuos que solicitan ayuda para los problemas de drogodependencia tienen un problema que incide tanto en el aspecto biológico como en el psicosocial (64). En este sentido, además de problema de la ingesta de drogas, es importante evaluar esas áreas o esferas de la persona, con la finalidad de llegar a un diagnóstico acertado y completo del paciente. Esto contribuye a brindar una intervención integral, que responda a la complejidad de la problemática.

Adicionalmente, esta valoración ayuda al establecimiento de los objetivos de la intervención, en las diferentes áreas, a partir de la concepción de un programa de intervención individualizado, y llevar un seguimiento tras el alta del paciente. En esta última etapa es posible verificar si ha habido o no cambios a partir de la intervención y si esos cambios revisten un carácter perdurable (que puedan sostenerse toda vez culminada la intervención). En la fase de valoración se destacan los siguientes procesos (63):

1. Valoración del paciente.
2. Diseño del programa de intervención individualizado: tratamiento y reinserción.
3. Monitoreo de la evolución del paciente por parte de los profesionales responsables
4. Jerarquización de la intervención en áreas específicas.
5. Evaluación de resultados (después del alta del paciente).
6. Seguimiento post-alta.

La evaluación por parte del personal enfermero se lleva a cabo en los siguientes ejes o ámbitos:

1. Eje de salud y autocuidados
2. Eje psicopatológico
3. Eje de consumo de drogas
4. Eje familiar.
5. Eje socio-relacional.
6. Eje formativo-laboral.
7. Eje de ocio y tiempo libre.

## CAPÍTULO IV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

**Tabla 14.** Eje 1. Salud/autocuidados (objetivo específico)

OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.		
OBJETIVO ESPECÍFICO: 1. Conseguir y mantener un estado nutricional adecuado		
CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>Prevención y promoción de la salud.</p> <p>Conocimientos sobre salud/autocuidados en los ámbitos de:</p> <p>Alimentación: cómo, cuánto, dónde, cuándo.</p> <p>Eliminación.</p> <p>Actividad física.</p> <p>Fomentar dieta saludable adecuada al estado de salud del paciente y estilo de vida. Fomentar práctica de ejercicio.</p> <p>Fomentar la ingesta hídrica adecuada.</p> <p>Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento.</p> <p>Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico.</p> <p>Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente.</p> <p>Información sobre recursos de salud.</p>	<p>Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente, ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión.</p> <p>Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de nutricional e identificación de problemas.</p> <p>Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse. Ayudar a priorizar los objetivos. Utilización de métodos de educación para la salud.</p> <p>Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación.</p> <p>Explicar la cantidad y calidad de ingesta hídrica diaria y sus beneficios.</p> <p>Instruir al paciente sobre la relación de dieta adecuada y patrón de eliminación.</p> <p>Ayudar al paciente a identificar los cambios en su patrón de eliminación, teniendo en cuenta los efectos que producen las sustancias consumidas o medicación tomada.</p> <p>Refuerzo de las conductas de auto-cuidado en alimentación.</p> <p>Informar al paciente del propósito y beneficios de la actividad física. Ayudar al paciente a incorporar el ejercicio en la rutina diaria. Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.</p> <p>Dirección, colaboración o participación en programas de Educación Para la Salud (EPS). Utilización de diversas técnicas de educación para la salud.</p> <p>Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general.</p>	<p>Entrevista motivacional individual.</p> <p>Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, (NANDA).</p> <p>Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC).</p> <p>Clasificación de objetivos enfermeros (Nursing Outcomes Classification, NOC).</p> <p>Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información.</p> <p>Índice de Masa Corporal (IMC).</p> <p>Pirámide alimenticia.</p> <p>Auto-registros.</p> <p>Escalas de evaluación del estado Nutricional Mini Nutricional Assessment (MNA,)</p> <p>Cuestionario para cribado de anorexia y bulimia: Scoff Intervención en Grupos Terapéuticos: Grupos de acogida/inicio.</p> <p>Educación para la Salud.</p> <p>Prevención de recaídas.</p>

**Fuente:** (63)

**Tabla 15.** Salud7autocuidados (objetivo específico 2)

<p>OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO: 2. Conseguir y mantener hábitos de higiene saludables.</p>		
CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>Prevención y promoción de la salud.                  Conocimientos sobre salud/autocuidados en los ámbitos de:                  Higiene.                  Sueño/descanso.                  Actividad física.                  Fomentar la higiene general. Fomentar la higiene bucal. Fomentar periodos de descanso/sueño adecuados. Fomentar práctica de ejercicio. Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento.                  Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico. Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente. Información sobre recursos de salud.</p>	<p>Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente ofreciéndole un espacio de escucha, ayuda y reflexión.                  Utilización del proceso enfermero para la valoración de los hábitos de higiene/actividad/descanso, identificación de problemas.                  Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse. Ayudar a priorizar los objetivos. Enseñar al paciente la importancia de una buena higiene personal.                  Instruir al paciente sobre técnicas de higiene bucal adecuadas.                  Ayudar a establecer rutina de cuidados bucales.                  Valorar la ingesta de alimentos/bebidas que faciliten o entorpezcan el sueño.                  Informar al paciente del propósito y beneficios de la actividad.                  Informar al paciente acerca de las actividades apropiadas en función de su estado físico.                  Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente.                  Animar a seguir una rutina a la hora de acostarse para facilitar la inducción.                  Recomendar limitar el sueño durante el día mediante actividad que favorezca vigilia.                  Aconsejar al paciente a alternar correctamente los periodos de descanso y actividad.                  Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.                  Coordinación entre el equipo del CAD y los recursos externos. Dirección, colaboración o participación en programas de EPS.                  Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general. Refuerzo de las conductas de auto-cuidado y de hábitos de salud.</p>	<p>Entrevista motivacional individual.                  Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA).                  Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC).                  Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC).                  Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información.                  Auto-registros.                  Escala de Karnofsky.                  Intervención en Grupos Terapéuticos: Grupos de acogida/inicio.                  Educación para la Salud.                  Prevención de recaídas.</p>

**Fuente:** (63)

## CAPÍTULO IV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

**Tabla 16.** EJE 1: Salud/autocuidados (objetivo específico 3)

OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.		
OBJETIVO ESPECÍFICO: 3. Adquirir y mantener una sexualidad saludable.		
CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>Prevención y promoción de la salud.</p> <p>Conocimientos sobre salud/autocuidados en los ámbitos de: Sustancias de consumo y sus efectos/consecuencias sobre las relaciones sexuales. Conductas para un Sexo seguro. Sexualidad saludable. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Métodos anticonceptivos. Embarazo. Enseñanza: sexo más seguro. Asesoramiento antes de la concepción. Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento. Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente. Información sobre recursos de salud y planificación familiar.</p>	<p>Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente. Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de salud sexual, identificación de problemas. Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse y a priorizarlos. Contribución al fomento de la salud afectivo-sexual y a la adopción de conductas reproductivas saludables. Instruir en prácticas de bajo riesgo, uso correcto del preservativo, adecuada higiene, lubricación y eliminación de orina después de la relación para disminuir riesgo de infecciones.</p> <p>Ver con el paciente formas de negociar con la pareja sexo seguro. Explorar la predisposición al embarazo de los miembros de la pareja.</p> <p>Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones del embarazo. Recomendar consulta ginecológica. Instruir sobre relación desarrollo fetal y teratógenos (tabaco, alcohol...).</p> <p>Realización de técnicas diagnósticas relacionadas con la prevención de enfermedades crónicas más prevalentes.</p> <p>Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.</p> <p>Educación y asesoramiento sobre la salud sexual.</p> <p>Utilización de métodos de educación para la salud.</p> <p>Refuerzo de las conductas de auto-cuidado sobre salud sexual</p>	<p>Entrevista motivacional individual.</p> <p>Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA).</p> <p>Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC).</p> <p>Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC). Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información. Intervención en Grupos Terapéuticos: Educación para la Salud. Entrega de preservativos. Pruebas de embarazo.</p>

**Fuente:** (63)

**Tabla 17.** Eje 1: Salud/autocuidados (objetivo específico 4)

OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.		
OBJETIVO ESPECÍFICO: 4. Conseguir y mantener la adherencia al tratamiento		
CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>Prevención y promoción de la salud.</p> <p>Conocimientos sobre salud/autocuidados en los ámbitos de: Tratamiento farmacológico y no farmacológico. Enfermedades relacionadas con el consumo: prevención y síntomas.</p> <p>Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento.</p> <p>Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico.</p> <p>Cumplimiento de pautas adecuadas: farmacológicas, no farmacológicas, adherencia al tratamiento.</p> <p>Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente. Valoración Conducta control consumo.</p> <p>Valoración Consecuencias consumo.</p> <p>Información sobre recursos de salud.</p>	<p>Establecimiento del vínculo terapéutico.</p> <p>Utilización del proceso enfermero para la valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud.</p> <p>Ayudar a priorizar los objetivos.</p> <p>Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse. Evaluar el conocimiento del paciente sobre los fármacos prescritos.</p> <p>Instruir acerca de la acción y administración correcta.</p> <p>Informar sobre consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación.</p> <p>Enseñar a aliviar/prevenir efectos secundarios.</p> <p>Informar sobre cambios de aspecto y/o dosis de los genéricos.</p> <p>Advertir sobre los riesgos de tomar medicamentos prescritos a otras personas.</p> <p>Informar sobre posibles interacciones de fármacos/alimentos/sustancias.</p> <p>Enseñar al paciente la forma correcta de almacenamiento de los medicamentos.</p> <p>Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.</p> <p>Utilización de métodos de educación para la salud.</p> <p>Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general.</p> <p>Detección precoz de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las alteraciones de la alimentación, embarazo, sustancias tóxicas y tabaquismo.</p> <p>Refuerzo de las conductas de autocuidado de hábitos de salud.</p>	<p>Entrevista motivacional individual.</p> <p>Diagnóstico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA).</p> <p>Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification).</p> <p>Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC).</p> <p>Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información.</p> <p>Auto-registros.</p> <p>Escala De Efectos Secundarios Tratamiento Directamente Observado (TDO).</p> <p>Tratamiento Directamente Supervisado (TDS).</p> <p>Intervención en Grupos Terapéuticos: Grupos de acogida/inicio.</p> <p>Educación para la Salud.</p> <p>Prevención de recaídas.</p>

**Fuente:** (63)

## CAPÍTULO IV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

**Tabla 18.** Eje 1: Salud/autocuidados (objetivo específico 5)

<p>OBJETIVO GENERAL: Reducir y controlar los riesgos y daños asociados y/o producidos por el consumo de drogas. Conseguir hábitos saludables.</p> <p>OBJETIVO ESPECÍFICO: 5. Prevenir y controlar las patologías asociadas y/o exacerbadas por el consumo de drogas para mejorar la calidad de vida</p>		
CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>Prevención y promoción de la salud.</p> <p>Conocimientos sobre salud/autocuidados en: Sustancias de consumo y sus efectos/consecuencias. Enfermedades relacionadas con el consumo: prevención y síntomas.</p> <p>Valoración Conducta control consumo.</p> <p>Valoración Consecuencias consumo.</p> <p>Herramientas para facilitar el cambio y mantenimiento del estilo de vida saludable. Participación e implicación del paciente en su proceso de tratamiento.</p> <p>Participación e implicación del paciente y su familia en el tratamiento no farmacológico.</p> <p>Cumplimiento de pautas adecuadas: farmacológicas, no farmacológicas.</p> <p>Repercusión de los signos y síntomas de las patologías en la calidad de vida del paciente.</p> <p>Información sobre recursos de salud.</p>	<p>Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente.</p> <p>Empleo del proceso enfermero para la valoración del estado de salud, e identificación de problemas de salud.</p> <p>Realización de técnicas diagnósticas especialmente relacionadas con la prevención de las enfermedades crónicas prevalentes.</p> <p>Planificación, desarrollo y evaluación, junto con otros especialistas y profesionales, de programas de atención a las enfermedades crónicas presentes en el paciente.</p> <p>Ayudar a identificar los objetivos que puedan alcanzarse.</p> <p>Priorizar los objetivos.</p> <p>Identificación de conductas de riesgo para la salud relacionadas con las sustancias tóxicas y el tabaquismo. Identificación de situaciones que ameriten de la derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.</p> <p>Proporcionar información sobre la enfermedad, de proceder.</p> <p>Evaluar lo que el paciente ha hecho para controlar síntomas/enfermedad</p> <p>Instruir sobre cambios de estilo de vida para controlar/evitar complicaciones.</p> <p>Fomento del autocuidado, la autoestima, las habilidades sociales y la vida saludable en general. Refuerzo de las conductas de auto-cuidado de hábitos de salud.</p>	<p>Entrevista motivacional individual.</p> <p>Diagnostico enfermero (North American Nursing Diagnosis Association, NANDA).</p> <p>Clasificación de intervenciones de enfermería. (Nursing Interventions Classification, NIC).</p> <p>Clasificación de objetivos enfermeros. (Nursing Outcomes Classification, NOC). Documentación y registro del proceso de atención utilizando las nuevas tecnologías de la información.</p> <p>Auto-registros.</p> <p>Vacunas.</p> <p>Realización prueba de tuberculina o PPD. TDO/TDS.</p> <p>Intervención en Grupos Terapéuticos: Grupos de acogida/inicio.</p> <p>Educación para la Salud.</p> <p>Prevención de recaídas.</p>

**Fuente:** (63)

**Tabla 19.** Eje 2: Psicopatología

OBJETIVO GENERAL: Lograr la mayor estabilidad psíquica posible del paciente.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>1.-REALIDAD: Restablecer el contacto con la realidad, alterado por trastornos del pensamiento y/o la percepción.</p> <p>2. ANSIEDAD: Reducir el nivel de ansiedad.</p> <p>3. ÁNIMO: Estabilizar el estado de ánimo patológico.</p> <p>4.-IMPULSIVIDAD: Incrementar la capacidad de autocontrol del sujeto y minimizar el riesgo de violencia.</p> <p>5. SUICIDIO: Minimizar el riesgo de suicidio.</p> <p>6.-CAPACIDAD COGNITIVA: Optimizar las capacidades cognitivas el paciente para que sea funcional.</p>	<p>Manejo de la ansiedad. Impulsividad. Pensamientos irracionales. Deterioro cognitivo y su prevención. Alteraciones de la conducta alimentaria. Alteraciones en la autoestima, percepción alterada de la imagen corporal. Cumplimiento de pautas adecuadas: farmacológicas, no farmacológicas, adherencia al tratamiento.</p>	<p>Identificación de situaciones que precisen la o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.</p> <p>Detección de sintomatología psicopatológica. Técnicas de relajación y control de estrés. Fomento del autocuidado para ayudar a la autoestima y habilidades sociales</p>	<p>Entrevista de seguimiento individualizada. Historia de enfermería informatizada. Auto-registros. Test de cribado para trastornos de la alimentación. Escala de evaluación de la imagen corporal. Estimulación Cognitiva. Grupo de Relajación. Escala de ansiedad.</p>

**Fuente:** (63)

## CAPÍTULO IV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

**Tabla 20.** Eje 3: Consumo

OBJETIVO GENERAL: Lograr la abstinencia, la máxima reducción del consumo o el consumo de menor riesgo.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>1.- CONCIENCIA DEL PROBLEMA: Conocer e identificar efectos y riesgos de las drogas que consume.</p> <p>2.-ABSTINENCIA/ REDUCCIÓN: Abandonar o reducir el consumo de las drogas por las que solicita tratamiento.</p> <p>3-CONSUMO DE OTRAS DROGAS: Evitar o reducir el consumo de drogas, que no han generado la demanda.</p> <p>4. DAÑOS Y RIESGOS: Evitar o reducir los daños y riesgos asociados al consumo.</p> <p>5.- RECAÍDAS: Evitar, disminuir o distanciar las recaídas y reducir su impacto.</p>	<p>Conocimientos sobre: Salud/autocuidados. Sustancias de consumo, efectos y consecuencias. Enfermedades asociadas a las sustancias y al comportamiento de consumo.</p> <p>Conductas de riesgo de consumo.</p> <p>Conciencia de problema.</p> <p>Habilidades de autocontrol. Disminución del consumo.</p> <p>Cambio de vía a menor riesgo.</p> <p>Reducción de los daños y riesgos asociados al consumo.</p> <p>Estabilización, mantenimiento y consolidación de la abstinencia.</p> <p>Factores de riesgo y factores de protección para la consolidación de la abstinencia</p>	<p>Establecimiento del vínculo terapéutico con el paciente</p> <p>Uso del proceso enfermero para la valoración del estado de salud, identificación de problemas de salud. Apoyo y contención. Información específica de sustancias.</p> <p>Motivación del paciente para lograr su implicación en el tratamiento y la orientación al cambio. Ayudar al paciente a realizar correctamente cambio de vía de administración de sustancias.</p> <p>Consensuar pautas de reducción de consumo y supervisar cumplimiento. Potenciación de hábitos de vida saludables en relación al auto-cuidado</p> <p>Seguimiento y refuerzo de consecución de objetivos.</p>	<p>Seguimiento en entrevista motivacional individual/familiar. Historia de enfermería. Intervención en Grupos Terapéuticos.</p> <p>Educación para la Salud. Prevención de recaídas. Grupo de Familiares. Recogida de muestras biológicas.</p> <p>Programa Intercambio de Jeringuillas</p> <p>Programa de Sustitutos Opiáceos.</p> <p>Vacunación.</p>

**Fuente:** (63)

**Tabla 21.** Eje 4: Familiar

OBJETIVO GENERAL: Conseguir y mantener unas relaciones familiares adecuadas y satisfactorias para el paciente.			
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	CONTENIDOS A TRABAJAR	ACTUACIONES DE ENFERMERÍA	INSTRUMENTOS DE APOYO (TÉCNICAS, PRESTACIONES, RECURSOS)
<p>1.-ESTRUCTURA Y DINÁMICA FAMILIAR: Tomar conciencia de su posición en la estructura y dinámica familiar y mejorar su funcionalidad.</p> <p>2.- SIGNIFICADO DEL CONSUMO EN LA FAMILIA: Identificar la función del consumo y generar opciones.</p> <p>3.-IMPLICACIÓN FAMILIAR EN EL TRATAMIENTO: Adecuar el grado de implicación de la familia en el tratamiento.</p> <p>4.-CONSUMO FAMILIAR Y RESOLUCIÓN DE CRISIS: Afrontar las diferentes situaciones de crisis de forma eficaz minimizando las repercusiones de la historia familiar</p>	<p>Normas, límites, comunicación y responsabilidades familiares.</p> <p>Aclaración de conceptos sobre adicciones.</p> <p>Papel de los familiares durante las diferentes fases del proceso de tratamiento</p>	<p>Trabajo en equipo en atención familiar. Información específica sobre sustancias y efectos.</p> <p>Motivación de la familia para lograr su implicación en el proceso de tratamiento/cambio. Refuerzo del papel de la familia como figura clave de apoyo y acompañamiento en el proceso de atención.</p> <p>Identificación de la capacidad de negociación familiar y el manejo de límites, normas y valores.</p> <p>Detección de situaciones que precisen la coordinación o derivación a otros profesionales, especialistas o niveles de atención.</p>	<p>Seguimiento en entrevista conjunta familiar. Historia de enfermería informatizada. Entrevistas informativas y motivacionales con familia y/o personas significativas.</p> <p>Grupos terapéuticos para familiares.</p> <p>Escala de sobrecarga del cuidador</p>

**Fuente:** (63)

Con respecto al eje socio-relacional, número 5, el objetivo general persigue el establecimiento de relaciones sociales funcionales. En este aspecto, el personal enfermero trabajará las filiaciones y relaciones o la carencia de los mismos. Para los fines del seguimiento se utilizará la entrevista individual, para determinar las problemáticas que ameriten de la intervención de otros profesionales o derivar a otros niveles de atención. En el eje número 6 (Formativo-laboral), el objetivo general será obtener y sostener una capacitación y/o empleo estable. Los contenidos a trabajar se enfocan en los intereses y capacidades individuales, así como en identificar problemáticas que impliquen la derivación a otros centros o profesionales. A través de la entrevista individual se

## **CAPÍTULO IV.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

---

monitoriza el proceso. Finalmente, con respecto al séptimo eje (Ocio), se plantea el objetivo general de organizar activamente el tiempo libre para el aprovechamiento saludable. Se trabajarán los contenidos de ocio saludable y se identificarán las situaciones que requieran de la intervención de terceros profesionales u otros niveles de atención.

Así entonces, el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) se pone en marcha a partir de los patrones de Marjory Gordon, ajustados a la intervención en situaciones de drogodependencia, y de acuerdo con las taxonomías de aceptación internacional: NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*), NOC (*Nursing Outcomes Classification*) y NIC (*Nursing Interventions Classification*).

### 1.- Fase de valoración PAE

El objetivo de la fase inicial del PAE es obtener información relacionada con la condición física, valores, sentimientos, emociones e ideas del paciente, a objeto de establecer tanto sus necesidades como el plan de cuidados. Para ello se recoge información y datos objetivos (TA, IMC) y subjetivos, actuales y pasados, empleando la entrevista, la observación directa y el examen físico. La información recogida quedará asentada en la historia. Entre los aspectos básicos a incluir en la historia se encuentran los siguientes (63):

#### 1.- Consumo de drogas y/o sustancias

- a. Drogas y/o sustancias ingeridas, hábito de consumo y vías de administración.
- b. Percepción del paciente respecto al consumo

#### 2.- Percepción y manejo de la salud

- a. Frecuencia cardíaca, tensión arterial
- b. Predisposición alérgica
- c. Antecedentes de salud bio-físico-psicológicos, terapias farmacológicas y antecedentes de consultas médicas.
- d. Condiciones de inmunización (control de vacunas).

3.- Patrones de higiene

- a. Hábitos de higiene física y bucal

4.- Patrón ejercicio-sueño-descanso

- a. Niveles cuantitativos y cualitativos de actividad, ejercicio, sueño y descanso diario.

5.- Cognición/Percepción

- a. Presencia de alteraciones (tratadas, corregidas o por atender) de la percepción sensorial: visión, audición y olfato.
- b. Dificultades con el idioma y problemas de lenguaje.
- c. Autopercepción de la imagen corporal.

6.- Sexualidad/reproducción

- a. Periodicidad de la consulta ginecológica
- b. Menstruación (regular, irregular o amenorrea)
- c. Experiencia de partos, abortos o interrupción de embarazos
- d. Uso y tipo de método anticonceptivo

7.- Nutrición/eliminación

- a. Apetito
- b. Cantidad y administración diaria de alimentos
- c. Patrón de alimentación (regular, irregular, caótica)
- d. Composición de la alimentación
- e. Índice de masa corporal (IMC)
- f. Hidratación (cantidad y frecuencia)
- g. Patrones de eliminación intestinal
- h. Alteraciones de la micción (presencia o ausencia)

2.- Fase de diagnóstico y planificación PAE

Los diagnósticos enfermeros permiten detectar las necesidades y problemas del paciente. Después del análisis de la información obtenida en la fase de valoración se identifican los problemas y se formulan los diagnósticos. Por otro lado, en la fase de planificación se establecen

## **CAPÍTULO IV.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

los objetivos (NOC), según cada diagnóstico enfermero, y las intervenciones (NIC) según las condiciones del paciente (63).

**Tabla 22.** Consumo de drogas y sustancias

### **DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- Los pacientes son diagnosticados de abuso o dependencia a sustancias (DSM IV-TR).
- NOC 1407 Consecuencias del consumo:
  - Disminución de la actividad física.
  - Pérdida de memoria/concentración
  - Dificultad para estudiar o mantener el empleos
  - Gasto de dinero en droga.
  - Problemas relacionales (familia, pareja, entorno)
- 1903, 1904, 1906, 1812 Conducta de control del consumo:
  - Reconoce las consecuencias del consumo en sí mismo
  - Evita factores que lo favorecen
  - Utiliza apoyos para controlarlo
  - Se compromete con las estrategias del control del consumo
  - Sigue las estrategias seleccionadas
- NIC Las intervenciones tienen como objetivo la disminución o supresión del consumo y reducción del daño

**Fuente:** (63)

**Tabla 23.** Percepcion manejo salud

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- 00082 Manejo efectivo del régimen terapéutico
- 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico
- 00079 Incumplimiento del tratamiento
- 00072 Negación ineficaz.
- NOC
- Adaptados de los NOC 1300, 1805 y 1803
- Percepción del paciente sobre su estado de salud
- Adhesión al tratamiento farmacológico
- Asistencia a revisiones periódicas
- Actitud hacia la enfermedad
- 1808 Conocimiento: medicación.
- 1824 Conocimiento: cuidados de la enfermedad.
- NIC
- 5616 Enseñanza: fármacos prescritos
- Evaluar el conocimiento del paciente sobre los fármacos
- Instruir acerca de la acción y administración correcta
- Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender bruscamente la medicación
- Enseñar a aliviar/prevenir efectos secundarios
- Informar sobre cambios de aspecto y/o dosis de los fármacos genéricos
- Advertir sobre los riesgos de tomar medicamentos prescritos a otras personas.
- 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad
- Evaluar el nivel actual de conocimientos
- Proporcionar información sobre la enfermedad, si procede
- Explorar lo que ya ha hecho para controlar síntomas/enfermedad
- Instruir sobre cambios de estilo de vida para controlar proceso/evitar complicaciones.
- 4410 Establecimiento de objetivos comunes
- Ayudar a identificar objetivos realistas, que puedan alcanzarse
- Ayudar a priorizar los objetivos
- Establecer los objetivos en términos positivos
- Animar a identificar sus propias virtudes y habilidades.

**Fuente:** (63)

**Tabla 24.** Higiene

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- Adaptado de 00193
- 00108 Déficit de higiene
- 00048 Deterioro de la dentición.
- NOC
- 0305 Higiene personal
- Adecuada
- Necesita mejorar.
- 0308 Higiene bucodental
- Número de lavados diarios
- Frecuencia de lavado nocturno
- Alteración de la masticación.
- NIC
- 5634 Enseñanza: entrenamiento para el aseo (adaptado a adultos)
- 1720 Fomentar la salud bucal
- Adquirir pautas de higiene bucodental concretas y correctas
- Conocer los beneficios de una dentadura sana
- Concienciar que una correcta higiene bucodental supone casi la única vía de prevención de diferentes patologías
- Aprender a diferenciar diferentes patologías y conocer el modo de actuar ante ellas.

**Fuente:** (63)

**Tabla 25. Actividad ejercicio/descanso**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- 00097 (Adaptado) Déficit actividad física
- 00095 Deterioro del patrón del sueño
- NOC 1811 Ejercicio físico habitual
- Número de días a la semana que practica ejercicio
- Tipo de actividad física diaria.
- 0003 Descanso/0004 Sueño
- Calidad del sueño autopercebida
- Horas de sueño nocturno
- Problemas relacionados.
- NIC 0200 Fomento ejercicio
- Explorar experiencias deportivas anteriores
- Explorar las barreras para el ejercicio
- Fomentar práctica de ejercicio en grupo
- Fomento de actividades recreativas no sedentarias (caminatas, baile, senderismo).
- 1850 Mejora del sueño
- Determinar el esquema sueño/vigilia del paciente
- Animar a seguir una rutina a la hora de acostarse para facilitar la inducción del sueño
- Valorar la ingesta de alimentos/bebidas que faciliten o entorpezcan el sueño
- Ayudar a limitar el sueño durante el día mediante actividad que favorezca vigilia
- Identificar las medicaciones ingeridas para el sueño.

**Fuente:** (63)

**Tabla 26.** Cognitivo-perceptivo/autoestima y autopercepcion

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- 00122 Alteración de la percepción sensorial
- 00051 Deterioro de la comunicación verbal
- 00118 (Adaptado) Insatisfacción con la imagen corporal.
- NOC Adaptados de 1205, 2002,2006 y 1200
- Conformidad con imagen corporal
- Adaptación a cambios físicos/función/estados de salud
- Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto físico
- NIC 5220 Potenciación de la imagen corporal
- Determinar si el disgusto percibido limita la actividad social
- Observar la frecuencia de las frases negativas respecto a su aspecto físico
- Ayudar al paciente a identificar acciones que mejoren su aspecto físico
- Ayudar al paciente a hablar sobre los cambios físicos causados por la pubertad, embarazo, envejecimiento, enfermedad, entre otros

**Fuente:** (63)

**Tabla 27.** Sexualidad reproducción

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

- 00059 Disfunción sexual
- 00126 Conocimientos deficientes.
- NOC Adaptados 1815, 1821, 1905 y 2802. Conocimiento: sexo más seguro
- Descripción del efecto de las drogas sobre la conducta sexual
- Descripción de prácticas sexuales seguras
- Teoría y práctica del uso correcto del preservativo
- Uso de métodos para evitar ETS
- Reconocimiento de signos/síntomas de ETS.
- 1907 Control del riesgo: embarazo no deseado
- Reconoce el riesgo de embarazo
- Desarrolla estrategias efectivas de prevención
- Identifica métodos anticonceptivos apropiados
- Utiliza los métodos anticonceptivos correctamente.
- NIC 5622 Enseñanza: sexo más seguro
- Instruir en prácticas de bajo riesgo
- Instruir sobre el uso correcto del preservativo
- Instruir sobre adecuada higiene, lubricación y eliminación de orina después de la relación para disminuir riesgo de infecciones
- Ver con el paciente formas de negociar con la pareja sexo seguro.
- 5247 Asesoramiento antes de la concepción
- Explorar la predisposición al embarazo de los miembros de la pareja
- Fomentar valoración realista de la situación socio-económica de la pareja y apoyos/opciones tras el nacimiento. Realizar consulta ginecológica y dental prenatal
- Instruir sobre relación desarrollo fetal y teratógenos (tabaco, alcohol).

**Fuente:** (63)

**Tabla 28. Nutricional-metabolico eliminacion**

**DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA**

00001 Desequilibrio de la nutrición por exceso  
00002 Desequilibrio de la nutrición por defecto  
00163 Disposición para mejorar la nutrición. 00048 Deterioro de la dentición. 00011 Estreñimiento.  
NOC Adaptados 0303, 1008, 1009, 1006 Control del peso.  
Número y distribución adecuada de comidas.  
Composición adecuada de comidas.  
Identificación de situaciones sociales/estados emocionales que afectan a la ingesta.  
Práctica de ejercicio físico regular.  
Expresión una imagen corporal realista.  
1802 Conocimiento: dieta.  
Describe la dieta recomendada.  
Explica la relación entre dieta, ejercicio y peso corporal.  
Entiende las etiquetas alimentarias.  
Describe la preparación adecuada de la comida.  
Desarrollo de estrategias para cambiar hábitos alimentarios.  
0501 Eliminación intestinal.  
Frecuencia de eliminación (cada 5, 4,3, 2 días o a diario).  
Tipo de heces (caprinas, normales, duras).  
Ingesta de líquido al día valorando si es inferior a 1,5 l. o superior a 1,5 l.  
Ejercicio valorando si no lo realiza, lo realiza menos de tres veces a la semana o más de tres veces a la semana.  
NIC 1280 Ayuda para disminuir peso:  
Determinar el deseo y motivación del paciente para reducir el peso corporal.  
Hacer registro de lo que come, cuándo y dónde.  
Consensuar un plan realista que incluya disminución de la ingesta y aumento del gasto de energía.  
Ayudar al paciente a identificar la motivación en el comer.  
Ayudar a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad.  
Enseñar a interpretar las etiquetas.  
1240 Ayuda para ganar peso: o Analizar las posibles causas del bajo peso corporal.  
Informar sobre alimentos nutritivos de alto contenido calórico.  
Fomentar un ambiente agradable y relajado a la hora de la comida.  
Enseñar al paciente y familia a planificar las comidas, si procede.  
Enseñar al paciente y familia a comprar alimentos de bajo coste y nutritivos, si procede.  
Proporcionar suplementos dietéticos, si procede.  
Remitir a instituciones que puedan ayudar en la obtención de comida, si procede.  
5246 Asesoramiento nutricional:  
Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente.  
Determinar la percepción de la necesidad de modificar la dieta.  
Animar al paciente a discutir preferencias alimenticias.  
Determinar el conocimiento de los cuatro grupos alimenticios básicos.  
Discutir los hábitos de compra de comidas y los límites de presupuesto.  
Establecer metas realistas a corto y largo plazo para la mejora de la nutrición.  
0440 Entrenamiento intestinal:  
Instruir al paciente acerca de alimentos con alto contenido en fibra.  
Asegurar una ingesta adecuada de líquidos.  
Asegurarse de que realiza algún tipo de ejercicio de forma regular.  
Dedicar a la defecación el tiempo necesario, sin interrupciones y con horario.

**Fuente:** (63)

Cabe destacar que todo plan de intervención individualizado debe contar con la aprobación del paciente. Es fundamental mantener perma-

mentemente informados tanto al paciente como a los familiares acerca de los resultados de la valoración y el avance de las diferentes etapas del proceso, brindándoles información precisa, fidedigna y entendible. La consecución de un plan consensuado permitirá la adherencia al tratamiento, la aceptación de las consultas y programas, dar respuesta a las expectativas, así como la toma de conciencia con respecto al problema, destacándose las ventajas y desventajas de las condiciones individuales.

Después de diseñado el plan, con el consentimiento del paciente, se iniciará su desarrollo, lo cual implica poner en práctica la metodología, las estrategias, las acciones concretas y los recursos necesarios de acuerdo con las necesidades y el progreso de la persona atendida. La efectividad de las intervenciones será monitorizada y evaluada para realizar los ajustes necesarios, de ser preciso, o continuar con lo planificado inicialmente.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## CAPÍTULO V

### CUIDADOS DE ENFERMERÍA A MUJERES EMBARAZADAS EN ESTADO CRÍTICO



### *5.1. Indicadores de riesgo durante el embarazo*

La gestación constituye un estado de significativa complejidad y alto riesgo, dado que se encuentra acompañada de un conjunto de cambios fisiológicos para posibilitar la adaptación del organismo a los fines del desarrollo y crecimiento fetal. Durante el embarazo, los cambios en los sistemas cardiovascular, renal y reproductivo son muy marcados (38). De allí la necesidad de asegurar el control prenatal sistemático y continuo de la gestante a lo largo del embarazo, con la finalidad de detectar precozmente cualquier patología de la madre, monitorear la evolución de la gestación para establecer posibles anomalías en el desarrollo del feto o los cambios en el adecuado funcionamiento fisiológico de la gestante, constitutivos de signos de alarma y que pudieran colocar en riesgo tanto la vida de la mujer como el curso del embarazo. En términos generales, el control prenatal es el conjunto de protocolos y procedimientos empleados en la evaluación y control del embarazo y, por tanto, de la evolución y desarrollo del ser humano en gestación. Estas acciones están enfocadas en la prevención, diagnóstico y tratamiento de las patologías u otros factores situacionales que pueden dar lugar a la morbilidad materno-fetal-perinatal e infantil (67). El control prenatal debe ser integral e incluir la valoración tanto de la embarazada como del curso del embarazo, por parte de un obstetra especialista, los controles periódicos, en laboratorio, de los perfiles hematológico y químico, el despistaje de enfermedades de transmisión sexual, el establecimiento del grupo sanguíneo y el factor Rh de los progenitores, la prescripción de los suplementos minerales y vitamínicos básicos para el desarrollo fetal, así como la valoración del crecimiento y desarrollo del feto mediante ecografía. Asimismo, es importante suministrar información a la mujer embarazada acerca de los cambios anatómicos y fisiológicos que se producirán en su cuerpo a lo largo del período de gestación, lo cual le permitirá reconocer indicios sugerentes de anormalidad en el curso de la gestación.

Otro conjunto de aspectos y datos que deben tenerse en cuenta en el control prenatal son: las patologías previas de la embarazada; en-

## **CAPÍTULO V.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES AFECTADOS POR LAS DROGAS

---

tre ellas la diabetes, la hipertensión, enfermedades cardiovasculares, renales, autoinmunes, infecciosas (rubéola, hepatitis b, toxoplasmosis HIV, COVID-19) o de la tiroides, epilepsia, condición asmática, padecimientos psicológicos, psiquiátricos o emocionales, entre otros. Adicionalmente se debe obtener datos acerca de la edad (extremas, menores de 18 años o mayores de 35 años), historial de paridad (cantidad de embarazos, partos, cesáreas, abortos, nacimientos vivos, mortinatos), ya que estos factores arrojan indicios con respecto a posibles riesgos y complicaciones durante la gestación.

El hallazgo de factores de riesgo materno-fetal, mediante los controles del embarazo en las consultas médicas prenatales, como los antecedentes obstétricos, la presencia de patologías pregestacionales, la condición socioeconómica y la alteración del estado nutricional o emocional de la madre, entre otros, son indicadores que ameritan ampliar la vigilancia, seguimiento o referencia inmediata de la gestante a consultas más especializados. Incluso, pudiera requerirse de la intervención de un equipo de profesionales médicos multidisciplinario y de exámenes especiales, en función de las probabilidades de riesgo de complicaciones detectado.

Los protocolos de atención y cuidados de salud deben estar orientados a minimizar los factores de riesgo de la embarazada, del embrión o del feto. Entre el conjunto de acciones a tomar se encuentra el suministro de suplementos de calcio, ácido fólico y hierro, diseño de un régimen nutricional y calórico adaptado a los requerimientos de la madre y del feto; para mantener un peso saludable, controlar el sobrepeso y la obesidad, planificación de las inmunizaciones para la prevención de la influenza, hepatitis B y tétanos, minimizar el consumo de sal, prescindir del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas no recetadas por el médico, realizar controles periódicos de la tensión arterial y la glicemia sanguínea.



**Tabla 29.** Indicadores de riesgo en mujeres gestantes

Indicador	Descripción
Edad materna	Menos de 18 años o más de 35 años son consideradas edades extremas en las mujeres gestantes y constituye un indicador de riesgo en el embarazo.
Antecedentes obstétricos	Los antecedentes obstétricos deben ser valorados para garantizar el normal desarrollo del embarazo. Entre los antecedentes obstétricos están: abortos, partos prematuros, mortinatos, interrupción de embarazo por enfermedad materna.
Ocupación	La ocupación laboral o profesional desarrollada por la gestante es un factor a considerar, ya que puede implicar determinado riesgo de aborto, parto prematuro o de malformaciones congénitas.
Estado nutricional	El estado nutricional de la mujer embarazada es clave en el peso y la salud del embrión o del feto. Las embarazadas mal nutridas poseen mayor riesgo de tener hijos de bajo peso, mientras que la obesidad materna incide en los riesgos de padecer diabetes, hipertensión arterial, neonato macrosómico y favorecen los nacimientos mediante cesáreas.
Hábitos y estilo de vida	Algunos hábitos y estilos de vida de las embarazadas son considerados adversos durante la gestación. Entre ellos, el consumo de tabaco, alcohol, drogas, ya que pueden afectar el normal desarrollo fetal y pueden dar lugar al desprendimiento prematuro de la placenta, neonatos de bajo peso, malformaciones congénitas o síndrome de abstinencia fetal.

**Fuente:** Elaboración propia

Por otra parte, las patologías crónicas previas a la gestación constituyen otro aspecto clave a considerar dentro del manejo de mujeres embarazadas en los centros de salud. Este conjunto de patologías suelen ser de diferentes naturaleza y complejidad, además de representar un riesgo para la evolución de la gestación, de la salud y de la vida de la mujer y del embrión/feto. Entre las patologías pregestacionales se destacan las siguientes: hipertensión, diabetes, obesidad, enfermedades de la glándula tiroidea, asma, epilepsia, enfermedades infectocontagiosa, enfermedad tromboembólica, entre otras.

## *5.2. Cuidados de enfermería a embarazadas en estado crítico*

En términos generales, la mayor proporción de los embarazos se desarrollan con normalidad. Sin embargo, en ocasiones, se pueden presen-



La mujer embarazada susceptible de atención en el área general de cuidados críticos amerita de monitoreo diario por parte de un equipo multidisciplinario que incluya tanto personal médico como de enfermería. El cuidado múltiple permite equilibrar las necesidades de cuidados críticos con las necesidades de la mujer con respecto a cuidados obstétricos.

Entre los aspectos importantes para el cuidado crítico prenatal se encuentran: garantizar la inclinación lateral materna adecuada para evitar la compresión aorto-cava, trombopprofilaxis en línea con las directrices locales o nacionales, toma de muestras de orina, dado el incremento del riesgo de infecciones en las vías urinarias, equilibrio meticuloso de líquidos en las situaciones de preeclampsia severa o eclampsia acompañada de hemorragia masiva, plan de contingencia con detalles acerca del equipamiento imprescindible para la atención del parto fuera de la unidad de maternidad, disponibilidad de medicamentos comunes que se utilizan en la población obstétrica, como hidralazina, MgSO<sub>4</sub>, uterotónicos (oxitocina, ergometrina, la prostaglandina F<sub>2α</sub>), valorar la posibilidad de esteroides prenatales, de estar previsto un parto prematuro, comunicación y visitas diarias a las salas, combinadas entre los profesionales designados (médicos, enfermeras), planes adecuados de seguimiento y monitoreo fetal (70).

Otras consideraciones adicionales para la atención en el puerperio son las siguientes: No se amerita de inclinación lateral, apoyo a la lactancia materna, medidas de trombopprofilaxis, seguimiento normal o habitual por parte del equipo multidisciplinario y controles postparto rutinarios: neonatales, anti-D, de requerirse, apoyo a la lactancia materna, atención a la seguridad de los medicamentos, de haber lactancia materna. Es de vital importancia observar los cambios fisiológicos del embarazo y su impacto en la enfermedad crítica. Entre esos cambios se encuentran la compresión aorto-cava, la disminución de la capacidad residual funcional, potencial dificultad en la vía aérea y en la intubación y un mayor riesgo de aspiración pulmonar. En el caso de un paro cardíaco

después de la veinteava semanas de gestación, la reanimación cardio-pulmonar debe llevarse a cabo según las directrices y protocolos establecidos; con desplazamiento uterino y cesárea perimórtem, de haber comenzado el paro después de los 4 minutos y el parto dentro de 5 minutos (70).

Entre los protocolos para el reconocimiento y el cuidado de la embarazada gravemente enferma se destacan los siguientes: la totalidad de los ingresos a la unidad de parto deben disponer de las observaciones fisiológicas registradas a la llegada, acompañadas de un plan para el seguimiento y el manejo. Este último deberá considerar los siguientes aspectos: embarazo de alto o de bajo riesgo, motivo de ingreso, presencia de comorbilidades, plan de tratamiento acordado. Es necesario instaurar un sistema de seguimiento para monitorear todas las admisiones en preparto y postparto. Adicionalmente, se debería proporcionar la capacitación entrenamiento y evaluación suficientes al personal para asegurar que posean las competencias básicas y necesarias para el nivel de atención que están prestando (70).

### *5.3. Principales complicaciones en embarazadas y cuidados de enfermería*

Además de las patologías previas a la gestación y las enfermedades inherentes al embarazo que pueden cursar durante esta etapa, la salud perinatal puede verse comprometida por diversas complicaciones del embarazo capaces de producir diferentes tipos de afectaciones a la gestante y al embrión/feto, con consecuente riesgo para la salud y la vida del binomio madre-hijo. Entre las complicaciones maternas de la gestación se encuentran:

1. Amenaza de aborto: Esta amenaza se presenta en forma de una hemorragia genital susceptible de producirse a lo largo de la primera mitad de un embarazo viable, y puede estar acompañada de dolor hipogástrico, tipo cólico. El embarazo llega a término en una elevada proporción de las mujeres con amenaza de aborto. En el manejo de este tipo de patologías se debe

descartar que el sangrado provenga de lesiones cervicales o vaginales. Disminuir la actividad física y mental y mantener abstinencia sexual. Si persiste el sangrado referir al segundo nivel de atención para su tratamiento.

2. Aborto espontáneo: Es la pérdida espontánea del producto de la gestación antes de las veintidós semanas o cuando el producto de la concepción pese menos de 500 gramos. Se trata de una de las complicaciones más frecuentes durante el embarazo. Este tipo de abortos pueden ser esporádicos o recurrentes y entre los factores predisponentes se encuentran la exposición al tabaco y drogas, a tóxicos ambientales, la obesidad, la edad materna y la edad gestacional, los ovarios poliquísticos, la insulinoresistencia u otros antecedentes reproductivos. El protocolo de cuidados y atención incluye el soporte psicológico a los progenitores y, especialmente, a la madre, dado las emociones vinculadas a la pérdida.
3. Hemorragia obstétrica: Este tipo de hemorragias es una de las primeras causas de morbimortalidad materna en los países en vías de desarrollo. La hemorragia obstétrica consiste en la pérdida de sangre después de un parto mayor a 500 cc o de 1000 cc posterior a una cesárea. De acuerdo con la etiología de la hemorragia, se puede encontrar: la hemorragia preparto, originada por embarazos ectópicos, amenazas de aborto, rupturas uterinas o de membranas, desprendimientos de placenta, placentas previa, placenta acreta, traumatismos. Hemorragia transparto: puede producirse por roturas uterinas, placentas previas, traumatismos y hemorragia posparto: puede ser causada por placentación anormal, traumas durante el parto, alteraciones en la coagulación, atonía uterina, entre otros.
4. Rotura uterina: Constituye la ruptura de la continuidad de la pared uterina y suele ocurrir con mayor frecuencia durante el trabajo de parto. La rotura uterina está vinculada con la macrosomía fetal, el uso de fármacos oxitócicos, trabajo de parto prolongado, uso de fórceps u otras maniobras obstétricas. Entre los sín-

tomas se encuentran los sangrados recurrentes no dolorosos, sin compromiso hemodinámico materno. Los sangrados tienden a aumentar tras la aparición de un nuevo episodio.

5. Ruptura prematura de membrana (RPM): es la solución de continuidad o pérdida de la integridad de las membranas Corioamnióticas. Suele producirse a partir de la veinteva semana de gestación hasta antes del inicio del trabajo de parto. Se denomina ruptura prematura de membranas cuando tiene una duración mayor de 24 horas. El periodo de latencia se refiere al tiempo que transcurre entre la ruptura de las membranas y el inicio del trabajo de parto. Por lo tanto el periodo de latencia y la edad gestacional determinan el pronóstico y el manejo de acuerdo a la posibilidad o no de terminación del embarazo (71).
6. Desprendimiento prematuro de la placenta (DPP): Es la separación parcial o total de una placenta no previa de la decidua uterina, antes de la expulsión total del feto. Se desencadena como consecuencia de una hemorragia en la interface decidua placenta, en mujeres con más de 20 semanas de gestación. Está considerada como una de las patologías con mayor mortalidad tanto en la gestante como el feto (72). En la aplicación del proceso de atención de enfermería es importante la aplicación del examen cefalocaudal y la identificación de los patrones funcionales de Marjory Gordon alterados, a fin de obtener un diagnóstico de enfermería y elaborar un plan de cuidado individualizado, científico y estandarizado, logrando así resultados favorables.
7. Placenta previa: Es la implantación anormal de la placenta con respecto al orificio interno del cuello uterino, cubriéndolo parcial o totalmente, que persiste después de la semana veinticuatro de gestación. Debido a su alta asociación con la paridad elevada, cesáreas previas, masa placentaria de gran tamaño, alteraciones endometriales y legrados uterinos, se sugiere el daño endometrial como un factor etiológico. El tratamiento estará sujeto a: tipo de placenta previa, condición general de la embarazada,

características y cantidad del sangrado, condición hemodinámica, nivel de anemia, viabilidad fetal, tipo de presentación y situación fetal, paridad de la mujer. Se amerita intervención intrahospitalaria y el manejo general durante la hospitalización incluye reposo absoluto en cama, evitar el consumo por boca hasta decidir conducta, preparar para cesárea, y/o canalizar dos venas, con sello de Heparina y con Lactato de Ringer (73).

8. Placenta acreta: Es la inserción anormal de parte o de la totalidad de la placenta en la pared del útero. Es una patología de gravedad variable, por la ausencia parcial o completa de la decidua basal. La frecuencia de acretismo placentario ha ido en aumento, el acretismo placentario conjuntamente con la placenta previa y el desprendimiento prematuro de placenta normo-insera se encuentra entre los principales factores de hemorragia obstétrica, que en ocasiones requiere de histerectomía obstétrica. Es una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y fetal. El diagnóstico se puede realizar mediante ecografía y frente a una hemorragia postparto es importante evaluar el contexto clínico, la adecuada interpretación de las pruebas de imagen para la adaptación individual de los métodos terapéuticos y el manejo multidisciplinar. La cesárea se considera como un factor predisponente a la placenta acreta (74).
9. Alteraciones hipertensivas de la gestación: Las alteraciones hipertensivas de la gestación incluyen una extensa variedad de procesos cuyo rasgo común es la presencia de hipertensión. Se trata de un problema de salud considerado entre las primeras causas de muerte materna en los países desarrollados y la tercera en los países en vías de desarrollo (1), afecta considerablemente el embarazo y está asociado a una alta tasa de morbi-mortalidad materna, fetal y neonatal (8). La enfermedad hipertensiva es una de las complicaciones médicas más acuciantes durante el embarazo, ya que se le atribuye entre el 10 y el 20 % de la mortalidad materna en el mundo (2), mientras que en América Latina y el Caribe se asocian los trastornos hipertensivos al

26 % de las muertes maternas (10). Esta causa de morbilidad materna fetal o neonatal puede ser minimizada a través de la detección temprana y un manejo adecuado.

Además de ser una de las complicaciones más graves y uno de los problemas médicos de la gestación, la hipertensión origina frecuentes controversias respecto a su manejo terapéutico. En general, la hipertensión gestacional está vinculada a una presión arterial sostenida  $\geq 140/90$  mmHg, en al menos dos tomas con un intervalo de cuatro horas entre cada toma, después de la veinteava semana de gestación. La hipertensión severa se puede diagnosticar cuando las cifras sobrepasan los 160/110 mmHg. La hipertensión se determina al detectarse cifras tensionales iguales o mayores a 140/90 mmHg en tomas consecutivas, con un intervalo de seis horas o en tres tomas aisladas, después de permanecer en un ambiente tranquilo.

La hipertensión inducida por el embarazo es un trastorno único, se presenta más comúnmente en primigrávidas jóvenes, rara vez se ve antes de la veintisieteava semana y se caracteriza por un incremento de la presión arterial mayor de 140/90 mmHg, en una paciente normotensa al inicio del embarazo y en la cual se ha verificado la existencia de una presión arterial normal previamente.

La etiología de los trastornos hipertensivos de la gestante es desconocida, aunque se considera que existen factores de riesgo para su aparición; como la diabetes, presencia de embarazo múltiple, edades biológicas de alto riesgo para el embarazo (menos de 20 años o más de 40 años), presencia de enfermedad renal previa. Entre los trastornos hipertensivos en el embarazo (THE), se encuentran los siguientes:

a) Hipertensión gestacional: Se establece cuando la presión arterial sistólica es igual o mayor a 140 mmHg y la presión arterial diastólica igual o mayor a 90 mmHg, en dos tomas realizadas con un intervalo de cuatro horas. Suele presentarse a partir de la veinteava semana de gestación en mujeres con tensión arterial previa normal (10). La hiper-

tensión arterial (HTA) en mujeres embarazadas se presenta de manera asintomática, a menos que curse con complicaciones más graves como la preeclampsia (PE), lo que puede dar lugar a ciertas manifestaciones, como dolor abdominal en el cuadrante superior derecho o en el epigastrio, náuseas, vómitos, cefalea, visión borrosa, trombocitopenia, enzimas hepáticas alteradas (transaminasas), proteinuria, plaquetopenia o, en los casos más graves, con eclampsia, donde se acompaña de convulsiones.

Es fundamental realizar el despistaje de la hipertensión arterial desde el inicio del embarazo, a través de un monitoreo, seguimiento y control estricto de la tensión arterial, examen de orina, hematología, pruebas de enzimas hepáticas, lactato deshidrogenasa, creatinina y ácido úrico. La estrategia terapéutica de la hipertensión durante el embarazo es muy conservadora, solo debe administrarse agentes farmacológicos en presencia de un marcado incremento de la presión arterial. El reposo en cama, el decúbito lateral y la dieta morigerada suelen ser las recomendaciones frecuentes para la mayoría de las pacientes.

Las mujeres con hipertensión asociada al embarazo presentan riesgos aumentados de desarrollar complicaciones potencialmente letales, entre ellas: el desprendimiento de placenta normo-inserta, coagulación intravascular diseminada, hemorragia cerebral, falla hepática e insuficiencia renal aguda.

b) Preeclampsia (PE): Es la patología más frecuente dentro de las alteraciones hipertensivas (75) y está considerada como la causa principal de la disfunción renal durante la gestación, la preeclampsia es un trastorno del embarazo multisistémico y multifactorial relacionado con la hipertensión gestacional. Por lo general, aparece después de la veinteva semana de la gestación y, con mayor frecuencia, en la etapa final de embarazo, puede cursar con proteinuria en 24 horas mayor o igual 300mg o ausencia de la misma, y se caracteriza por la vasoconstricción generalizada. La etiología y los mecanismos responsables de la



con aumento de las transaminasas, oliguria menor a 500 ml/24 horas, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal aguda, síndrome de Hellp (variante de la preeclampsia severa).

Una multiplicidad de enfoques han sido planteados con la finalidad de prevenir la preeclampsia, sin embargo ninguno ha sido efectivo. Algunas de las propuestas terapéuticas incluyen el uso de diurético, antihipertensivo, suplementos de calcio y magnesio y el uso de ácido acetilsalicílico en dosis pequeñas (80-100 mg/día).

El diagnóstico precoz, la evaluación permanente del embarazo y la extracción del feto en el momento oportuno son los aspectos claves de la conducta diagnóstica y terapéutica de las pacientes con preeclampsia. Es necesario destacar que la extracción del feto es el único tratamiento definitivo de la patología, cualquier otra medida forma parte de los cuidados paliativos. La decisión de interrumpir el embarazo es lo recomendable para resguardar la vida de la mujer, no obstante que en ocasiones eso suponga un gran riesgo para fetal.

Las gestantes con preeclampsia presentan un riesgo más elevado de padecer incidentes graves, tales como el desprendimiento de la placenta, lesión renal aguda, hemorragia cerebral, insuficiencia o ruptura hepática, edema pulmonar, coagulación intravascular diseminada y progresión hacia la eclampsia. Dentro del abordaje terapéutico de las embarazadas con preeclampsia y significativo deterioro de su condición de salud, es recomendable inducir el parto, en caso de que la gestación supere las 34 semanas. Mientras que si la gestación no alcanza las 34 semanas y las condición materna y fetal es estable, se aconseja implementar una monitorización continua (control expectante o manejo conservador) de la madre y del feto, con la inclusión de un conjunto de exámenes, entre ellos; hemograma completo, plaquetas, enzimas hepáticas y creatinina sanguínea. Por otra parte, se recomienda el manejo intrahospitalario en los casos en que no existe capacidad o voluntad de la embarazada de cumplir con las prescripciones terapéuticas.



clase I: número de plaquetas inferiores a las 50.000 por mm<sup>3</sup>, lactato deshidrogenasa (LDH) menos de 600 UI/L, transaminasas TGO y TGP una o ambas mayores de 70 UI/L. Síndrome de Hellp  
clase II: plaquetas entre 50.000 y 100.000 por mm<sup>3</sup>, lactato deshidrogenasa (LDH) menor a 600 UI/L, transaminasas TGO y TGP una o ambas mayores de 70 UI/L. Síndrome de Hellp  
clase III: plaquetas entre 100.000 y 150.000 por mm<sup>3</sup>, lactato deshidrogenasa (LDH) menos de 600 UI/L, transaminasas TGO y TGP una o ambas mayores de 40 UI/L.

Los signos y síntomas del síndrome de Hellp se asocian al vasoespasmo ocasionado sobre el hígado, lo que origina, en la mayoría de las embarazadas, manifestaciones clínicas de compromiso hepático (hemorragia periportal, necrosis focal parenquimatosa con depósito de hialina, fibrina, microtrombos o esteatosis) que incluye: ictericia, náuseas (con o sin vómito) y dolor epigástrico. Adicionalmente, pueden presentarse síntomas como dolor en el hombro derecho, malestar general, cefalea, alteraciones visuales y sangrado mucocutáneo.

d) Eclampsia: Es considerado uno de los síndromes hipertensivos más frecuentes, causante de convulsiones en el periodo de gestación, sin presencia de enfermedades convulsivas pregestacionales (77). Los mecanismos desencadenantes de las convulsiones eclámpticas no se conocen con certeza, sin embargo, algunas teorías consideran que pueden estar relacionados con la encefalopatía hipertensiva (4). Así entonces, la eclampsia es la manifestación convulsiva de los trastornos hipertensivos de la gestación y se catalogan como un cuadro grave, con la presencia de convulsiones tónico-clónicas focales o multifocales de nueva aparición, es decir, sin presencia de otras condiciones causales como la epilepsia, la isquemia cerebral, el infarto al miocardio, la hemorragia intracraneal o el consumo de drogas.

La eclampsia forma parte de las patologías con alta incidencia en la mortalidad de embarazadas y es susceptible de provocar hipoxia materna, neumonía por aspiración de contenido gástrico o traumatismos.



2. Coagulación intravascular diseminada (CID): Es un trastorno sistémico y hematológico caracterizado por la formación y destrucción acelerada de la fibrina. Etiológicamente está asociado con el síndrome de Hellp. Clínicamente se presenta sangrado en sitios de punción, hematuria, epistaxis, petequias, hematomas. Frente a la sospecha de una CID, debe identificarse su causa, trasladar a la gestante a una unidad de cuidados especiales y comenzar el tratamiento de manera inmediata con la administración de sangre y hemoderivados.
3. Edema agudo de pulmón: Se trata de una extraña complicación, que suele aparecer de manera brusca y está considerada como una condición de urgencia que puede causar la muerte tanto de la madre como del feto. Se caracteriza por el aumento del flujo de líquidos en la membrana capilar pulmonar acompañado de disnea, ortopnea, taquipnea, uso de los músculos accesorios, disminución de la tolerancia a la actividad física, taquicardia, hepatomegalia, edema periférico, distensión de las venas del cuello. En el abordaje terapéutico debe incluirse el reposo en posición semiflower, oxigenoterapia, restricción de líquidos, administración de diuréticos, morfina y otros fármacos. En casos de mayor gravedad se recomienda la intubación y la ventilación asistida.
4. Emergencia de trastornos hipertensivos de la gestante: La emergencia hipertensiva se presenta cuando la tensión arterial sistólica resulta mayor o igual a 160 mmHg y/o tensión arterial diastólica mayor o igual a 110 mmHg. El manejo eficaz de una emergencia hipertensiva coadyuva en la disminución de las complicaciones cardiovasculares y neurológicas potenciales; encefalopatía, hemorragia cerebral, insuficiencia cardíaca congestiva y la muerte materna y fetal. Dentro del tratamiento farmacológico de las crisis hipertensiva en embarazadas se suele administrar nifedipina, labetalol o hidralazina, la selección del fármaco depende del criterio médico y de la severidad del cuadro hipertensivo. La terapéutica farmacológica está dirigida

a disminuir las cifras tensionales y al aumento significativo de la diuresis.

Durante una emergencia hipertensiva el balance hídrico requiere cuidadosa atención y monitorización, a objeto de prevenir el riesgo de edema agudo de pulmón o disfunción renal. Por otra parte, en el tratamiento preventivo de la eclampsia es aconsejable el empleo de sulfato de magnesio, dado que minimiza la aparición de los cuadros convulsivos de la eclampsia, debido a su capacidad para elevar el umbral convulsivo por medio del bloqueo de los receptores cerebrales de N-metil D-aspartato.

Un aspecto adicional en la atención de las emergencias hipertensivas es la destreza en el manejo de la vía de perfusión y aérea. Desde la perspectiva anatomofisiológica, a lo largo de la gestación se suscitan un conjunto de cambios que se acentúan a partir del tercer trimestre. Muchos de estos cambios pueden incidir en el funcionamiento de la vía aérea y en la perfusión tisular; entre estos cambios se pueden citar: edema orofaríngeo, ocasionado por la retención de líquidos producto del incremento de la progesterona, aumento del tamaño de las mamas, incremento del tejido graso, mayor demanda metabólica y de consumo de oxígeno, elevado riesgo de regurgitación y broncoaspiración. En este sentido, se pueden aplicar diversas medidas de higiene a fin de mejorar la perfusión tisular y la ventilación de la embarazada, como: favorecer el reposo en posición semifowler (cabecera de la cama elevada 30° respecto a los pies) para evitar regurgitación y riesgo de aspiración. Reposo en posición decúbito lateral izquierdo para reducir al mínimo la compresión arto-cava y la hipotensión secundaria. En mujeres con buenas condiciones de salud, con embarazos sin complicaciones o contraindicaciones, se aconseja disminuir el sedentarismo con rutinas de ejercicios físicos moderados, por períodos reducidos.

También, en algunos casos de gestantes, se puede presentar el riesgo de requerir intubación endotraqueal, lo que supone un desafío para

el especialista, en virtud de la complejidad y de la gran dificultad que conlleva el procedimiento, como resultado de los cambios anatómicos, fisiológicos y funcionales propios del embarazo. El manejo de la vía aérea y la conducta obstétrica estará sujeto al bienestar materno-fetal. La valoración de la vía aérea a lo largo del trabajo de parto o antes de una cesárea, junto con el desarrollo y disposición de modernos instrumentos para el manejo avanzado de la vía aérea y la destreza médica para la intubación constituyen los elementos fundamentales para garantizar el éxito y la disminución de las complicaciones. Durante el proceso de intubación de embarazadas, es conveniente seguir las siguientes recomendaciones: disponer la mesa quirúrgica o cama ligeramente inclinada (15 a 20°) con el fin de prevenir la regurgitación y facilitar la respiración de la mujer. Brindar preoxigenación con la finalidad de evitar la desaturación arterial de oxígeno durante la intubación, posicionar el útero hacia la izquierda, ejecutar la maniobra de Sellick, esto es presionar el cartílago cricoides y mantener la presión hasta que se logre asegurar la vía aérea con la colocación del tubo endotraqueal. En caso de intentos fallidos de intubación, garantizar la oxigenación de la paciente mediante el empleo de mascarilla facial. En caso de intubación endotraqueal imposible y una inadecuada ventilación con mascarilla facial se debe considerar la realización de una cricotomía. Mantener un monitoreo continuo a través del monitor cardíaco y pulsioxímetro. Mantener el monitoreo fetal.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## CAPÍTULO VI CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS



### *6.1. Quemaduras, generalidades*

La piel es la barrera protectora contra agresiones de agentes físicos, químicos y microorganismo, y cumple una función vital en la termorregulación, prevención de pérdidas de líquido, en la síntesis de la vitamina D, adicional a su función de sensibilidad. Es el órgano de mayor tamaño del cuerpo humano, está conformada por la epidermis que es la capa externa, la dermis la capa interna, separadas por una membrana basal y la hipodermis constituida por el tejido graso. La piel constituye el escudo protector entre el cuerpo humano y el medio ambiente que lo rodea frente al calor, la luz, las heridas y las infecciones (78).

Las quemaduras son lesiones producidas en la piel y otros tejidos pudiendo llegar a afectar otros órganos como los riñones, pulmones o corazón. Son causadas por acción del calor, pueden ser térmicas, químicas, eléctricas, por radiación, inhalación de humo o por congelación. Las quemaduras pueden revestir diversos grados de gravedad y requerir de costosos tratamientos, de cirugías plásticas y de largos períodos de rehabilitación. La severidad de las quemaduras está determinada por la profundidad (quemaduras de 1er, 2do o 3er grado), extensión de la quemadura (% de la superficie corporal quemada), afectación de regiones críticas (genitales, cara, manos o pies, pliegues o articulaciones grandes), edad del paciente (edades extremas, menores de 1 año o tercera edad), estado de salud de las personas (presencia de comorbilidades) (79,80).

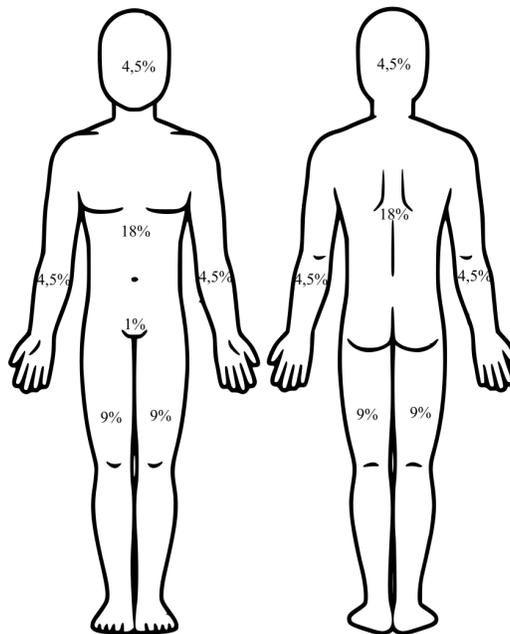
Las quemaduras son lesiones traumáticas con una alta incidencia y que ocurren en un importante porcentaje por accidentes domésticos, accidentes laborales, exposición a temperaturas extremas (calor o frío), siendo una de las causas principales de solicitudes de atención en los servicios de emergencia de los centros de salud y que causan limitaciones físicas y psicológicas en el sobreviviente y un gran número de muertes anualmente a nivel mundial.

**Tabla 30.** Clasificación de las quemaduras

Clasificación	Tipo	Descripción
Según el agente causal	Térmicas	Originadas por cualquier fuente de calor. Producen muerte celular, coagulación de las proteínas o calcinación. La extensión y profundidad depende de la cantidad de energía transmitida de la fuente: llama directa, líquidos o sólidos.
	Radiación	Producida por la exposición directa a la radiación solar o a otras fuentes artificiales.
	Químicas	Producidas por agentes sólidos, líquidos o gaseosos de origen ácido o básico. Generan necrosis de los tejidos y pueden extender su acción durante largo tiempo.
	Eléctricas	Afectan la piel y tejidos subyacentes, pueden variar en tamaño y profundidad. La necrosis y la formación de escara suele ser intensa y afectar a estructuras profundas.
Según su profundidad	Epidérmicas o primer grado	Se limitan solo a la epidermis. Síntomas: dolor, enrojecimiento, edema.
	Dérmicas, espesor parcial o segundo grado: Dérmica superficial o segundo grado superficial. Dérmica o segundo grado profunda.	Afectan la epidermis y la capa subyacente de la piel. La superficial afectan la mitad superior de la dermis, deja muy pocas cicatrices, se curan entre 1 a 2 semanas. La profunda afecta la dermis profunda, se curan en más de 2 semanas y dejan cicatrices. Síntomas: dolor, enrojecimiento, edema, flictenas.
	Subdérmicas, espesor total o tercer grado: subdérmica superficial y profunda	Afectan la dermis, epidermis y el tejido graso. Dependiendo de su amplitud por lo general requieren de injerto de piel.
Según el tipo	Menores	Quemaduras de primer grado en cualquier zona Excepto zonas críticas. Quemaduras de segundo grado entre 3 y 7 cm de ancho.
	Mayores	Quemaduras de tercer grado. Quemaduras de segundo grado de más de 7 cm de ancho. Quemaduras en zonas críticas (cara, cuello, manos, pies, genitales, glúteos, articulaciones importantes)
Según el alcance	% de SCT quemada.	Regla de los 9: Cabeza 9 % Tronco anterior 18 % Tronco posterior 18 % Miembros superiores 9 % cada uno, Miembros inferiores 9 % y genitales 1 % (ver figura 1)

**Fuente:** Elaboración propia con base en (79).

**Ilustración 10.** Regla de los 9



**Fuente:** (81)

La lesión de la piel en las quemaduras tiene relación directa con la cantidad de calor del agente causal, tiempo, duración de la exposición y conductibilidad de los tejidos involucrados que favorece el daño térmico a pesar de que el agente dañino haya desaparecido. Desde el punto de vista fisiopatológico las lesiones por quemaduras rompen la homeostasis del organismo. Pueden ir acompañadas por lesiones a nivel pulmonar debido a la inhalación de humo y se manifiesta con boca y labios quemados, quemaduras en la cabeza, cara y cuello, sibilancia, disfonía, ronquera, afonía, tos, dificultad para respirar, pelos de las cejas, ojos y nariz quemados, esputo carbonáceo (78).

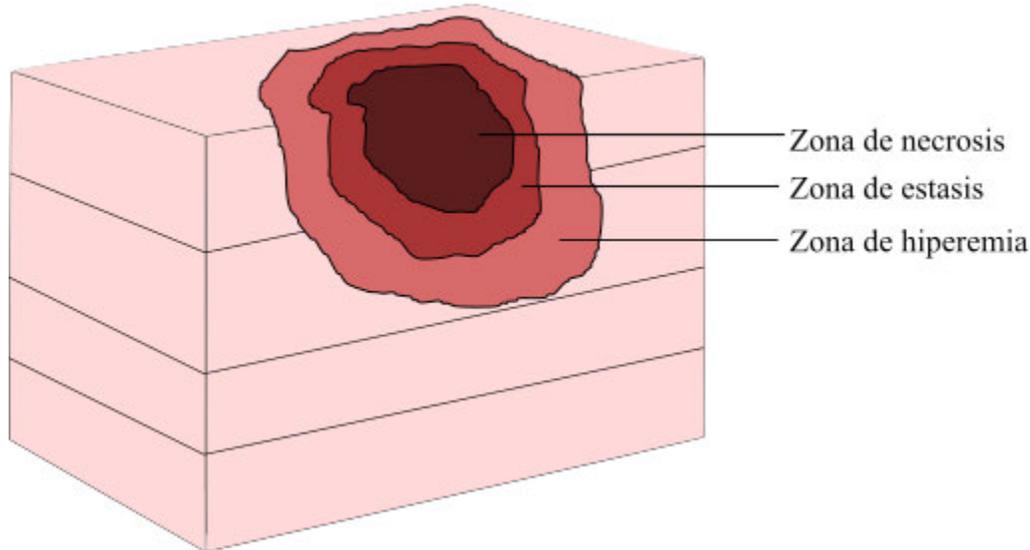
**Tabla 31.** Agentes etiológicos de las quemaduras

<b>Agentes Físicos</b>	<b>Agentes Químicos</b>	<b>Agentes Biológicos</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sol y rayos ultravioleta artificiales</li> <li>• Calor irradiado</li> <li>• Líquidos calientes</li> <li>• Frío por descompresión brusca de gases a presión</li> <li>• Frío (clima)</li> <li>• Cuerpos sólidos incandescentes</li> <li>• Fuego directo</li> <li>• Radiaciones iónicas</li> <li>• Electricidad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ácidos</li> <li>• Alcalis</li> <li>• Medicamentos</li> <li>• Hidrocarburos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resinas vegetales</li> <li>• Sustancias irritantes de origen animal</li> </ul>

**Fuente:** Adaptación de (78)

El espectro clínico a que da lugar las quemaduras es el más amplio de todos los traumas, puede variar desde una quemadura superficial sin importancia clínica, a la destrucción mortal de toda la superficie corporal producida en un incendio doméstico, un accidente de tráfico o laboral o como resultado de un intento autolítico (82). A nivel local produce tres áreas concéntricas donde se producen distintos fenómenos fisiopatológicos.

**Ilustración 11.** Zonas de daño fisiopatológico por quemaduras.  
Adaptación del modelo de Jackson para quemaduras



**Fuente:** (81)

1. Área central de necrosis de coagulación y con trombosis microvascular en las zonas más profundas de la lesión: corresponde a la escara inicial de la quemadura. El daño es inmediato e irreversible. Se producen cambios en la estructura proteica con fenómenos de coagulación y de formación de macromoléculas. La necrosis es completa (78).
2. Área periférica con zonas de estasis: el efecto térmico fue menor, se produce un daño moderado, disminución de la perfusión del tejido, daño vascular e incremento de la permeabilidad vascular. Se ocasiona alteraciones en la microcirculación con fenómenos de agregación plaquetaria, depósitos de fibrina, microtrombos y otros, dando lugar a la estasis vascular que pueden llegar a isquemia aumentando la zona de necrosis tisular y el área de la escara de la quemadura. Este proceso fisiopatológico ocurre entre las 16 y 24 horas después de la lesión y la necrosis es prevenible evitando la deshidratación y la infección (78).
3. Área periférica a las dos zonas anteriores con hiperemia: se

produce un menor daño celular que es reversible, se presentan fenómenos de vasodilatación y aumento del flujo sanguíneo debido a la acción de los mediadores de la inflamación (78).

En las quemaduras la necrosis provoca una pérdida de la integridad capilar produciendo la salida de líquido desde el espacio intravascular hacia el espacio intersticial, lo que conlleva a la formación del edema, puede provocar desequilibrio hemodinámico por reducción del volumen plasmático y aumento de la resistencia vascular periférica y disminución del gasto cardíaco por la hipovolemia.

La clínica de las quemaduras depende de la profundidad de la misma, estas pueden provocar daño irreversible de la piel y poner en peligro la vida del paciente, por lo que requieren de atención médica inmediata. Las quemaduras pueden representar problemas de salud menores o graves que pueden ser potencialmente fatales.

**Tabla 32.** Manifestaciones clínicas de las quemaduras

Características principales	Quemaduras de 1er grado	Quemaduras de 2do grado superficial	Quemaduras de 2do grado profunda	Quemaduras de 3er grado
Color	Rosado.	Rosado o rojo brillante.	Rojo oscuro o blanco amarillento moteado.	Blanco perlado o carbonizado. Transparente o como parche.
Superficie	Seca o con pequeñas vesículas.	Tamaño variable, ampollas grandes. Exudado abundante.	Ampollas menores, a veces rotas. Ligera-mente húmeda.	Seca con epidermis no viable adherente. Vasos trombosados.
Sensación	Dolorosa	Dolorosa	Disminución de la sensación al pinchazo. Sensación de presión profunda intacta.	Anestesia. Sensación de presión profunda.
Textura	Suave con edema mínimo y posterior a exfoliación superficial.	Engrosada por edema pero flexible.	Edema moderado con menor elasticidad.	No elástica y correosa.
Secuelas	No. Curación espontánea sin cicatriz.	Curación espontánea con despigmentación.	Curación lenta con despigmentación y posibles cicatrizaciones.	Siempre, incluso puede haber amputaciones o pérdidas de órganos
Cicatrización	4-5 días	5-21 días	Mayor a 3 semanas	Ninguna. Requiere injertos.

**Fuente:** tomado de (78)

## **CAPÍTULO VI.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS

---

Según la superficie corporal quemada (SCQ), pueden considerarse quemaduras menores, si la quemadura es de primer o segundo grado y la SCQ es de 15 % o en caso de quemadura de tercer grado si el SCQ es del 1% y pueden ser tratados de manera ambulatoria. Los pacientes que presenten quemaduras moderadas 15 a 30 % de la SCQ en quemaduras de segundo grado o 10 % en quemaduras de tercer grado y las quemaduras graves si la SCQ es mayor de 30 % en las quemaduras de segundo grado o de 10 % en las de tercer grado o en los casos que se mencionan a continuación, deben ser trasladados obligatoriamente a un centro de salud (83,84):

- Pacientes que sean menores de un año.
- Pacientes que sean mayores de 1 año y tengan quemaduras en el 5 % de la superficie corporal (SCT).
- Los pacientes con quemaduras de grosor completo o tercer grado de cualquier tamaño y en cualquier parte del cuerpo.
- Pacientes mayores de 2 años con quemaduras de grosor parcial en el 10 % de la SCT.
- Pacientes con quemaduras en la cara, manos, pies, genitales, pliegues y articulaciones mayores.
- Pacientes con quemaduras eléctricas incluidas las producidas por rayos.
- Pacientes con quemadura química, por fuego o por líquidos calientes.
- Pacientes con quemaduras circunferenciales en tórax o en los miembros.
- Pacientes quemados que presentan enfermedades preexistentes que podrían complicar el tratamiento de las quemaduras, prolongar la fase de recuperación o reducir las posibilidades de supervivencia.
- Pacientes que adicional a las lesiones por quemaduras presentan otras lesiones por trauma subyacente.

## 6.2. *Complicaciones por quemaduras y cuidados enfermeros*

Las complicaciones de las quemaduras pueden ser locales o sistémicas debidas a la pérdida de la integridad de la piel que puede dar lugar a la invasión bacteriana, pérdida de líquidos y alteración de la termorregulación. Las lesiones por quemaduras pueden tener una apariencia inicial de poca gravedad, lo que lleva a desestimar su importancia por parte del personal de salud, lo que puede poner en peligro la vida del paciente (78). Muchas de estas complicaciones cuando se presentan son difíciles de detener, como por ejemplo el síndrome sistémico de respuesta inflamatoria, las infecciones, la disfunción multiorgánica y posterior fallo de múltiples órganos.

Los primeros cuidados a la persona con quemadura, deben aplicarse en el lugar donde ha ocurrido la catástrofe, tomando en cuenta algunas medidas que incluyen mantener la calma, separar al paciente del agente causal y aplicar cuidados generales de acuerdo al tipo de agente etiológico:

**Quemaduras por líquido caliente:** retirar la ropa y cualquier otro objeto personal, enfriar la zona afectada con abundante agua fresca, pero no fría, durante unos 15 minutos. Si son quemaduras extensas tener presente el riesgo de hipotermia.

**Quemaduras por llama:** apagar el fuego con una manta húmeda, hacer rodar al paciente sobre sí mismo o con agua. Luego enfriar la zona afectada y retirar la ropa. Cubrir con una manta húmeda y solicitar ayuda de los servicios de urgencia extrahospitalarios para el traslado a un centro asistencial.

**Quemaduras con líquidos inflamables (alcohol, combustible u otro):** extinguir las llamas con una manta húmeda o haciendo rodar a la persona. Evitar que corra, ya que esto incrementa el fuego. Posteriormente, lavar la zona con abundante agua fresca y retirar ropas u objetos y cuerpos extraños.

**Quemaduras con objetos incandescentes:** Quitar rápidamente el material responsable de producir la quemadura. Refrescar la zona quemada con abundante agua fresca.

**Quemaduras con productos químicos:** Evitar que el producto se desplace hacia zonas críticas como los ojos, la cara y los genitales. Lavar con abundante agua fría por unos 10 a 15 minutos. Usar guantes para manipular a la persona y evitar sufrir lesiones personales. Desbridar las flictenas si se sospecha que contienen el químico.

**Quemaduras eléctricas:** aislar a la persona antes de manipularlo, desconectar la corriente eléctrica para evitar electrocutarse. Verificar si existe paro cardiorrespiratorio, de ser así iniciar las maniobras de resucitación cardiopulmonar. Por lo general, estos pacientes tienen lesiones traumáticas asociadas por lo que se deben aplicar todos los protocolos para evitar lesiones mayores.

Una vez que se ha retirado de la fuente causante de la quemadura, se debe realizar una valoración inicial del estado general del paciente. La evaluación debe contemplar la vía aérea, ventilación, circulación y estado de conciencia (ABCD). Lograda la estabilidad del paciente quemado a continuación se realizará una evaluación secundaria que incluye evaluación física completa, elaboración de historia clínica y tratamiento inicial (78). Si hay compromiso ventilatorio y de la vía aérea, se deben aplicar medidas de apoyo vital (RCP, cánula orofaríngea, intubación endotraqueal, traqueotomía de acuerdo a las condiciones del quemado). Para mantener la circulación se debe colocar vía venosa periférica en una de las extremidades no quemadas o de ser inviable se debe colocar un catéter venoso central. Administrar líquido intravenoso y tratamiento farmacológico según las indicaciones médicas. Monitorizar los signos vitales y control de líquidos. Retirar la ropa y cualquier otra prenda (anillos, reloj, cadenas, pulseras) u objeto personal. Realizar cuidado de las quemaduras y proteger al paciente de la hipotermia. Trasladar al paciente a un centro hospitalario.

Los pacientes con quemaduras que ingresan a la emergencia de un centro de salud, son evaluados y se decide su derivación a la unidad de quemados o el tratamiento ambulatorio dependiendo de la gravedad de la quemadura y de las condiciones propias (edad, enfermedades concomitantes, lesiones traumáticas asociadas) del paciente que suponen un riesgo de complicación o ponen en peligro la sobrevivencia del paciente.

### **Cuidados enfermeros en pacientes con quemaduras**

Las quemaduras conforman una lesión sistémica compleja, que en las últimas décadas, gracias a las investigaciones sobre el tratamiento y cuidado del paciente quemado, se ha logrado reducir las altas tasas de mortalidad y limitar las secuelas psicológicas y físicas, mejorando la calidad de vida y permitiendo a los sobrevivientes la inserción a las actividades cotidianas, laborales y sociales, gracias a la intervención de un equipo multidisciplinario de alto rendimiento que contribuye a mejorar significativamente el bienestar del quemado, en el cual los profesionales de enfermería forman parte de la base del equipo y desempeñan un papel importante en la atención directa y continua del paciente. El personal de enfermería de la unidad de cuidados de quemado representa el segmento disciplinario de mayor tamaño y proporciona al paciente una asistencia continua y coordinada, es el responsable de la gestión técnica de los cuidados, de la vigilancia permanente y de la administración de cuidados y tratamientos durante las 24 horas. Adicionalmente, proporciona soporte emocional al paciente y a la familia y controla el entorno terapéutico para garantizar la recuperación del paciente (85).

Los siniestros que producen quemaduras tienen una alta incidencia y pueden comprometer la salud y la vida de la persona que las sufre, por lo que se amerita de una atención de enfermería encaminadas a ofrecer un cuidado integral para favorecer la recuperación, vigilancia clínica para detectar signos y síntomas de complicaciones, prevención de secuelas, colaborar con la rehabilitación y ayudar al paciente y a la

## **CAPÍTULO VI.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS

---

familia a afrontar psicológicamente la situación sobre todo en pacientes con quemaduras extensas en quienes se afecta severamente la autoimagen (78). Los pacientes con quemaduras moderadas a graves por lo general son tratados en unidades de quemados, antes de ingresar a una sala de hospitalización. Los procedimientos generales para el cuidado del paciente quemado, en los que intervienen los profesionales de enfermería, en estas unidades de cuidados son:

- Curación con técnica abierta o cerrada.
- Aplicación de medicamentos sistémicos o locales de acuerdo a la prescripción médica.
- Aplicación de vendaje.
- Control y manejo del dolor.
- Prevención y control de posibles complicaciones y secuelas.
- Preparación psicológica y manejo de la conducta del paciente.
- Aplicación de los protocolos establecidos para el manejo de las quemaduras,
- Control de la dieta del paciente.
- Vigilancia del balance hídrico (control de ingresos y pérdidas).
- Administración de la pauta analgésica para pacientes quemados.
- Aspiración de secreciones nasofaríngeas u orofaríngeas.
- Canalización y cuidados de la vía venosa periférica.
- Cuidados de la vía venosa central.
- Administración de colirios o pomadas oftálmicas.
- Realización de cura.
- Administración de hemoderivados.
- Administración de perfusión intravenosa.
- Cuidados de sonda vesical.
- Administración de oxigenoterapia.
- Cumplir pautas de sedación para baños y curas de los pacientes quemados.
- Prevención y tratamiento de úlceras por presión.

Gracias a la vigilancia continua, el personal de enfermería suele ser el primero en notar los cambios en las condiciones del paciente e iniciar las intervenciones necesarias. La gestión asistencial de enfermería tiene un papel relevante en el tratamiento de las quemaduras ampliando la coordinación de la asistencia más allá de la hospitalización, hasta el extenso período de rehabilitación domiciliaria (85). A través de proceso de atención de enfermería y a través de la implementación de las Taxonomías NANDA, NIC y NOC se realiza la valoración, el diagnóstico, la planificación y la ejecución del plan de atención de enfermería para ofrecer un cuidado de calidad a la persona quemada y evaluar los resultados, con la finalidad de coadyuvar a la recuperación de las funciones alteradas (81).

La atención de enfermería se centrará en la valoración física detallada y precisa del paciente quemado, para así de ese modo determinar cuáles de los patrones funcionales presentan alteraciones reales o potenciales, dando lugar a los diagnósticos de enfermería, para luego planear el proceso de atención de enfermería basándose en los objetivos, resultados esperados, actividades e intervenciones, y finalizar con las últimas etapas del proceso como son la ejecución de las actividades y la evaluación de la respuesta del paciente a los cuidados e intervenciones específicas ejecutadas por el profesional de la enfermería. El cuidado de enfermería del paciente quemado, por la complejidad clínica debe tener un enfoque holístico e integral para entender los aspectos biológicos, sociales y psicológicos que afectan a la persona y que pueden incidir de una manera favorable o desfavorable en el proceso de curación (86). Se plantea la estandarización de los cuidados al paciente quemado tomando como base los once patrones funcionales, según el modelo de Marjory Gordon (87):

1. Percepción y manejo de la salud.
2. Nutricional y metabólico.
3. Eliminación.
4. Actividad y ejercicio.
5. Sueño y descanso.

## **CAPÍTULO VI.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS

---

6. Cognitivo y perceptivo.
7. Autopercepción y autoconcepto.
8. Rol y relaciones.
9. Sexualidad y reproducción.
10. Adaptación y tolerancia al estrés.
11. Valoración y creencias.

El uso del proceso de atención de enfermería en la atención del paciente quemado permite (88):

- Ofrecer cuidados enfermeros con una base científica de conocimientos.
- Realizar la práctica de enfermería en función de la evidencia.
- Mejorar la gestión de los cuidados, en función de resultados de calidad y eficiencia de la atención.
- Disminuir la variabilidad en la práctica clínica.
- Aportar una terminología común en el lenguaje enfermero (Taxonomía NANDA, NOC, NIC)
- Medir el producto enfermero potenciando la investigación en enfermería.
- Asegurar la continuidad de los cuidados del paciente, manteniendo la visión holística del ser humano y centrando los cuidados de forma integral.

Los objetivos de los cuidados enfermeros persiguen proporcionar una atención efectiva e integral al paciente, reducir el dolor y disminuir el riesgo de complicaciones como las infecciones, hipovolemia, hipotermia, desnutrición, problemas respiratorios. Además de fomentar la cicatrización de las heridas, detectar alteraciones fisiológicas que pudieran ser indicadores de desmejora de las condiciones generales del paciente, por lo que se debe tener una estricta vigilancia de signos vitales y saturación de oxígeno sobre todo en pacientes que han inhalado humo o sustancias tóxicas. En pacientes con quemaduras eléctricas se debe tener una vigilancia estricta del ritmo y frecuencia cardíaca porque pueden presentar arritmias y otras alteraciones cardíacas.

La atención de enfermería inicial del paciente quemado debe incluir los siguientes cuidados (89):

- Hacer una valoración según ABCD (vía aérea permeable (A), ventilación en ambos hemitórax (B), valoración de la circulación periférica a través del pulso (C) y estado de conciencia (D)).
- Mantener una o dos vías venosas periféricas permeables.
- Administrar analgésicos según la indicación médica.
- Retirar la ropa y otros objetos como relojes y prendas.
- Monitoreo continuo de las constantes vitales, incluidas la saturación de oxígeno.
- Monitoreo del balance hídrico.
- En caso de quemaduras en cabeza y cara colocar al paciente en posición semisentada.
- Elevar los miembros que tengan quemaduras.
- Mantener al paciente caliente, para evitar la hipotermia.
- Verificar si el paciente tiene enfermedades preexistentes como la diabetes e hipertensión que comprometen hemodinámicamente al paciente.
- Administrar terapia antitetánica, en caso de requerirse.
- Realizar higiene de la zona quemada. Si es una zona poco extensa se puede realizar en la habitación del paciente, pero si son quemaduras que ocupan gran extensión de la piel se debe realizar en bañera de quemados.
- Antes de efectuar cualquier procedimiento se le debe explicar al paciente. Se debe vigilar que el paciente esté estable hemodinámicamente y normotérmico.
- En los pacientes con quemaduras poco extensas fomentar la deambulacion temprana y la movilización de las articulaciones para reducir el riesgo de limitaciones permanentes de la movilidad.

Algunas de las intervenciones de enfermería (NIC) que pudiesen requerir los pacientes gran quemado o paciente con quemaduras graves, se mencionan a continuación (81,78,88):





## **CAPÍTULO VI.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS

---

- Vigilancia de la respiración para identificar signos de insuficiencia cardíaca.
  - Observación de signos de disminución de la perfusión.
  - Vigilancia de la circulación periférica (edema, coloración de piel y mucosas, temperatura, llenado capilar).
9. Manejo de la hipovolemia;
- Comprobar el estado hidroelectrolítico (ingresos y excretas).
  - Administración de líquidos intravenosos de acuerdo a las indicaciones médicas y siguiendo las recomendaciones según la SCQ.
  - Mantener vía endovenosa permeable.
  - Vigilar signos de alarma para hipovolemia y/o edema pulmonar.
10. Vigilancia de líquidos y electrolitos:
- Control de entradas y salidas de líquidos.
  - Vigilar el estado de hidratación.
  - Monitorear la aparición de edema y localización.
  - Vigilar si hay signos de sobrecarga o retención de líquidos.
  - Control de diuresis.
11. Monitorización neurológica:
- Estado de conciencia (escala de Glasgow).
  - Nivel de orientación.
  - Nivel de atención.
  - Memoria.
  - Estado de ánimo
  - Conducta.
  - Respuestas a estímulos.
  - Características del habla.
12. Manejo del dolor:
- Administración de analgésicos.
  - Aplicación de medidas no farmacológicas para el alivio del dolor.

- Evaluar la intensidad del dolor.
  - Identificar factores desencadenantes del dolor.
13. Aplicar medidas para el control de la hipotermia:
- Evitar la exposición de las zonas quemadas.
  - Mantener la habitación a 25 °C aproximadamente.
  - Monitoreo de la temperatura corporal.
  - Cubrir con mantas o frazadas tibias.
  - Retirar la ropa húmeda.
14. Cuidados de las quemaduras:
- Evaluar boca y fosas nasales en búsqueda de lesiones por inhalación.
  - Aplicar medidas de aislamiento físico para evitar infecciones.
  - Evaluar las lesiones de la piel e identificar profundidad y superficie corporal quemada.
  - Realizar la cura de las lesiones y colocar medicamentos tópicos.
  - Extremar las medidas de asepsia y antisepsia para manipular al paciente o al realizar cualquier procedimiento.
15. Vigilar la piel para identificar zonas de presión:
- Colocar colchón antiescaras.
  - Realizar cambio de posición periódico.
  - Dar masajes en áreas de presión que estén libres de quemaduras.
  - Colocar soportes para evitar las zonas de presión.
16. Aplicar medidas de prevención de infecciones:
- Inmunización contra el tétanos.
  - Utilizar lencería estéril.
  - Higiene de las manos antes y después de realizar cualquier procedimiento al paciente.
  - Usar guantes estériles en los casos que correspondan.
  - Utilizar equipo de protección personal (gafas, tapaboca, guan-

## **CAPÍTULO VI.** CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON QUEMADURAS

---

- tes, gorros, batas y cualquier otro según se requiera).
- Administrar antibióticos según indicación médica.
- Limitar las visitas al paciente.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

# BIBLIOGRAFÍA





14. Moorehead A, Johnson M, Mass E, Sanson J. Clasificación de resultados en enfermería Madrid: Elsevier; 2013.
15. Aviles Reinoso L, Soto Núñez C. Modelos de enfermería en pacientes críticos: un paso hacia el cuidado avanzado. Enfermería Global. 2014 Noviembre; 34(3).
16. Bulechek G, Butcher H, McCluskey J. Clasificación de intervenciones de Enfermería NIC. Quinta edición ed. Madrid: Elsevier; 2009.
17. Johnson M, Moorehead S, Bulechek G, Butcher H, Mass M. Vínculos de NOV y NIC a NANDA I y diagnósticos médicos. Soporte para el razonamiento clínico y la calidad de los cuidados Madrid: Elsevier; 2011.
18. Elsevier. Editorial. Reflexiones sobre la investigación en Enfermería. Enfermería Universitaria. 2014 octubre; 11(14).
19. Arreciado Marañón A, Estirach Querol M, Ferrer Frances S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Brenner. Enfermería intensiva. 2011 noviembre; 22(1).
20. Gigato Mesa E, Hernández Gigato M, Martínez Sarmiento D, Aguilar Pérez D. IMPACTO DE LA CAPACITACIÓN EN NUTRICIÓN SOBRE LA ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL CUIDADO DEL PACIENTE CRÍTICO. Revista Cubana de Alimentación y Nutrición. 2014 Enero-Junio; 24(1).
21. Kosier B. Fundamentos de la enfermería: conceptos, proceso y práctica. Séptima ed. México: McGraw Hill; 2005.
22. Benner P, Hooper P, Standard D. Clinical wisdom and interventions in critical care: a thinking in action approach Philadelphia: Sanders; 2001.
23. Arreciado Marañón A, Estorach Querol M, Ferrer Francés S. La enfermera experta en el cuidado del paciente crítico según Patricia Brenner. Enfermería Intensiva. 2011; 22(3).
24. Rodríguez M, Rodríguez F, Roncero A, Morgado M. Implicación familiar en los cuidados del paciente crítico. Enfermería Intensiva. 2003; 14(6).
25. Zaforteza Lallemand C, Gómez J, Gastaldo Fea. ¿Qué perspectiva tienen las enfermeras de unidades de cuidados intensivos de su relación



38. Gómez E. Trastornos hipertensivos durante el embarazo. Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología. 2000 Mayo-Agosto; 26(2).
39. Abasolo Galdós R, Aguirrezabala Jaca J, Armendariz Mea. Guía práctica clínica sobre hipertensión arterial Madrid: Servicio vasco de salud; 2002.
40. Navarro Arnedo J, Perales Pastor R. Guía Práctica de enfermería en el paciente crítico Valencia, España: Hospital Universitario General de Alicante; 2012.
41. Caja costarricense de Seguro Social. Manual de procedimientos de Enfermería San José : Caja Costarricense de Seguro Social; 2014.
42. Khan M. Trastornos por el uso de sustancias. [Online].; 2020 [cited 2022 enero 24. Available from: <https://www.msmanuals.com/es-ve/hogar/trastornos-de-la-salud-mental/trastornos-relacionados-con-sustancias/trastornos-por-el-uso-de-sustancias>.
43. Barrada Sira Y, Navas Montes Y(. Memorias del IV Congreso Internacional de Innovación de Enfermería en manejo de pacientes críticamente enfermos. In Memorias del IV Congreso Internacional de Innovación de Enfermería en manejo de pacientes críticamente enfermos; 2021; Quito. p. 123.
44. Figueras Avila P, Albornoz E, Alvarado Rea. CASO CLÍNICO: PACIENTE CRÍTICO CON MIOCARDIOPATÍA DILATADA IDIOPÁTICA COMPLICADA. In Memorias del IV congreso internacional de innovación en enfermería en manejo de poacientes criticamente enfermo; 2021; Quito. p. 399-407.
45. Pérez Ruiz M, Quiñonez Vargas M, Castro Holguín N. PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA A PACIENTES CRITICAMENTE ENFERMO CON INSUFICIENCIA CARDIACA. In IV congreso internacional de innovación de enfermeria en manejo de pacientes criticamente enfermo; 2021; Quito. p. 17-26.
46. Casierra Vernaza N, Pardo Aguirre K, Fernández Galarza K, Gonzabay Catuto A, Ortega Guevara N. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN PERSONAS CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO POR CONSUMO DE CO-











# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN



Publicado en Ecuador  
Marzo del 2022

Edición realizada desde el mes de noviembre del 2021 hasta febrero del año 2022, en los talleres Editoriales de MAWIL publicaciones impresas y digitales de la ciudad de Quito

Quito – Ecuador

Tiraje 50, Ejemplares, A5, 4 colores; Offset MBO  
Tipografía: Helvetica LT Std; Bebas Neue; Times New Roman;  
Mistral Regular, Raleway, en tipo fuente.

# PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

EN URGENCIA Y OTROS NIVELES DE ATENCIÓN

## AUTORES

Yanetzi Loimig Arteaga Yáñez  
Cruz Xiomara Peraza de Aparicio  
Neris Marina Ortega Guevara  
Nhaylett Yoskyra Zurita Barrios  
Marcos Elpidio Pérez Ruiz  
Elsa Josefina Albornoz Zamora  
Ana Hilda Márquez de González  
Efrén Orlando Fernández Briceño  
Roberto Enrique Alvarado Chacón.  
Luis Hermman Rodríguez Rangel  
Dewis Esqueila Brice Hernández  
Joselin Lissette Cepeda Cepeda  
Paolina Antonieta Figuera Ávila

ISBN: 978-9942-602-30-5



© Reservados todos los derechos. La reproducción parcial o total queda estrictamente prohibida, sin la autorización expresa de los autores, bajo sanciones establecidas en las leyes, por cualquier medio o procedimiento.

CREATIVE COMMONS RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL 4.0.

