



Red internacional de Enfermería en Cuidado Crítico - Colombia

Boletín Junio - 2012

Acerca de nosotros



Mural de reflexiones

- ✓ Lección de vida en la UCI
- ✓ Un nuevo horizonte

Temas de actualidad

- ✓ Cuidado de enfermería en asistencia ventricular
- ✓ El uso de la comunicación terapéutica con pacientes críticamente enfermos.
- ✓ Uso de la escala de Norton Vs Braden en la prevención de úlceras por presión en el paciente crítico.

Noticias

- ✓ Eventos



Acerca de nosotros

En la práctica diaria el profesional de enfermería que labora en la unidad de cuidado intensivo se enfrenta a una serie de preguntas derivadas del cuidado proporcionado a la persona en estado crítico, las cuales requieren de respuestas válidas, y el uso de la actual y mejor evidencia que aporta la investigación, convirtiéndose la enfermería basada en la evidencia en un instrumento fundamental en la mejora de la calidad del cuidado.

Una de las formas de aplicar la enfermería basada en la evidencia en el cuidado del paciente crítico es la elaboración de protocolos, los cuales se convierten en una prioridad en el cuidado porque permiten unificar criterios, establecer un lenguaje común, garantizar una comunicación con los colegas y reunir pautas de actuación que contribuyan a disminuir riesgos para el paciente y le brinden seguridad al profesional de enfermería.

La necesidad de elaborar protocolos con una secuencia ordenada de intervenciones, exigen la búsqueda y análisis de la mejor evidencia científica. Por eso se hace necesario que los profesionales desarrollen experiencia en el diseño de este tipo de protocolos.

Por tal motivo los grupos de **REINECC Colombia y Argentina** están analizando la posibilidad de desarrollar un taller de elaboración de protocolos basados en la evidencia, que proporcione una metodología común y permita el desarrollo a largo plazo de un número importante de protocolos de cuidado.

Diana Achury Saldaña.
Coordinadora Nacional Colombia grupo REINECC

Noticias

El pasado 18 de mayo se llevó a cabo el primer conversatorio de la REINECC Colombia contando con la participación de más de 70 de enfermeros de diferentes instituciones asistenciales y académicas reconocidas en Bogotá, los valiosos y excelentes aportes de la Conferencia central a cargo de la Doctora Cometto y los temas desarrollados permitieron realizar un análisis objetivo del desarrollo de las competencias formativas de los profesionales de enfermería en la UCI en el marco de las condiciones laborales que ofrecen las instituciones prestadoras de salud, este análisis se convertirá en insumo para promover trabajos cooperativos academia, instituciones de salud y agremiaciones que contribuyan a identificación de necesidades de aprendizaje, y a la vez comprobar la repercusión de los procesos laborales en el desarrollo de estas competencias.

En el mes de Agosto y o Septiembre se realizará el Taller virtual de elaboración de protocolos de cuidado basado en la evidencia organizado por REINECC Colombia y Argentina. Ponemos a su disposición el aula virtual en donde se llevará a cabo, por tal motivo les pedimos que nos contacten al correo: achuryl@javeriana.edu.co y manifiesten su interés.



Cuidados de enfermería en asistencia ventricular

María Lucía Grillo Núñez. Enfermera especialista en cuidado intensivo cardiovascular Hospital Ramón y Cajal Madrid. Ejecutiva de línea cardiológica en Biotronitech Colombia.

Para la enfermera es un reto estar actualizada en la tecnología médica que cada vez se desarrolla con más rapidez. En el área de cardiología son numerosos los avances tecnológicos de las últimas décadas. Uno de los dispositivos de alta tecnología que nos puede ayudar mucho en la recuperación de pacientes cardiacos complicados es la asistencia ventricular. La asistencia ventricular consiste en suplir la función de uno o de los dos ventrículos que se encuentren temporal o definitivamente dañados, mediante una bomba que mantiene la función cardiovascular y el flujo sanguíneo. Existen diferentes tipos de dispositivos, entre ellos la bomba centrífuga magnética, la neumática pulsátil, la rotatoria de rodillo y la pulsátil eléctrica. En el presente artículo solo se mencionara la bomba centrífuga electromagnética Centrimag de Thoratec.(Figura 1). La asistencia ventricular se utiliza como puente a trasplante cuando la falla ventricular es irreversible y como puente a recuperación cuando la función del miocardio puede mejorar con el reposo.

Algunas de las indicaciones son:

1. Síndrome postcardiotomía: Son pacientes a los que no puede desconectarse de la circulación extracorpórea tras una intervención a corazón abierto. La asistencia ventricular permite reducir el trabajo del miocardio y el consumo de oxígeno, contribuyendo así a la recuperación metabólica del órgano mientras se mantiene una adecuada perfusión sistémica.
2. Puente al trasplante cardiaco: Pacientes con enfermedad cardiaca en estado final que están en lista de espera para trasplante. En estos casos el uso del VAD se plantea para mantener las condiciones hemodinámicas del paciente hasta la aparición de un donante.
3. Postrasplante cardiaco: En pacientes con disfunción severa del corazón trasplantado, rechazo agudo o cuando hay resistencias pulmonares elevadas
4. Choque cardiogénico: Secundario a infarto agudo del miocardio, miocarditis aguda o trauma cardíaco.

FORMAS DE ASISTENCIA VENTRICULAR

* Asistencia ventricular izquierda (LVAD): La asistencia izquierda se usa cuando se produce disfunción severa del corazón izquierdo. Hay una incapacidad del ventrículo izquierdo de mantener el gasto cardíaco, pero se mantiene la función del ventrículo derecho. Aparecen síntomas de bajo gasto, aumento del ácido láctico y disminución de la diuresis, que no mejoran con el tratamiento con inotrópicos, vasodilatadores y diuréticos. La canulación para poner una asistencia ventricular siempre es transtorácica. Cuando se trata de un paciente que no puede retirarse de la circulación extracorpórea después de una intervención cardiovascular se usan las cánulas utilizadas durante la cirugía. Si la asistencia se utiliza como puente para trasplante el paciente tendrá que ir al quirófano para realizarle una esternotomía y colocar las cánulas. Para asistencia izquierda las cánulas se colocan en la aurícula izquierda y la aorta, en la zona del cayado.

* Asistencia ventricular derecha (RVAD): Esta asistencia se usa cuando hay una disfunción severa del ventrículo derecho. El corazón izquierdo funciona manteniendo la circulación sistémica en forma adecuada. Para la asistencia derecha las cánulas se colocan en la aurícula derecha y la arteria pulmonar.

* Asistencia biventricular (BVAD): Si se produce una disfunción severa de ambos ventrículos se puede colocar una asistencia biventricular. En este caso habría que poner dos bombas con dos sistemas en paralelo requiriendo la inserción de cuatro cánulas como se aprecia en la figura 2.



* ECMO

Cuando hay compromiso pulmonar severo la mejor opción sería realizar ECMO, se necesita la inserción de dos cánulas que puede ser por vía percutánea: vena yugular, vena femoral y arteria carótida o arteria femoral, en algunos casos se hace canulación directa por esternotomía. El circuito realiza un bypass cardiopulmonar completo. La sangre venosa sale de la aurícula derecha del paciente pasa por el oxigenador de membrana y regresa, oxigenada y ventilada, por una arteria grande. (Figura 3)

MANEJO DE ENFERMERIA Y CUIDADOS DEL PACIENTE CON ASISTENCIA VENTRICULAR

Es la enfermera o la perfusionista quien revisa el equipo que debe permanecer siempre ensamblado y conectado a la corriente eléctrica. Los circuitos se deben purgar con 1000 ml de Solución salina al 0,9% con 5000 unidades de heparina, posteriormente se montan en la centrífuga y se ponen a recircular para asegurarse que no queden burbujas de aire. Se pasa a la instrumentadora en el momento indicado la parte estéril del circuito, una vez conectado al paciente se aumentan muy lentamente las revoluciones del VAD. Se hacen controles seriados de ACT para asegurar la anticoagulación del circuito (150-180 segundos). El paciente con asistencia ventricular es un paciente crítico en grave situación hemodinámica, por lo que debe tener monitorizados y controlados una serie de parámetros que nos indicaran en todo momento el estado del paciente:

Monitoria electrocardiográfica

La monitorización de la frecuencia cardiaca nos permitirá detectar alteraciones del ritmo que pueden repercutir en el funcionamiento del soporte circulatorio y en la función residual del corazón asistido. Se debe mantener un ritmo sinusal y una frecuencia cardiaca lo más óptima posible. La FC se mantiene en valores óptimos calentando o enfriando al paciente y regulando la infusión de catecolaminas.

Presión arterial sistémica (PA)

La PA media debe mantenerse en cifras que nos puedan garantizar una adecuada perfusión renal, esplácnica y cerebral. Con asistencia ventricular de flujo continuo la curva que aparecerá en el monitor será sinusoidal. Cuando la curva de presión arterial comienza a ser pulsátil sin haber modificaciones del flujo de la bomba ni aumento de la perfusión de catecolaminas es un signo indirecto de recuperación miocárdica. La canalización de una arteria nos sirve además para la toma seriada de muestras sanguíneas y la medición de gases arteriales.

Presión venosa central(PVC)

Una PVC entre 5-15 mm Hg nos garantiza una adecuada precarga en el ventrículo derecho. En RVAD una presión < 5mmHg supondría una disminución del llenado auricular y la posibilidad que la cánula venosa localizada en la aurícula cavite creando burbujas de aire dentro del circuito. En pacientes con asistencia izquierda y una PVC alta debe sospecharse falla ventricular derecho o una sobrecarga de volumen. Una PVC baja nos sugiere hipovolemia.

Gasto cardíaco

La colocación de un catéter de termodilución permite la medición del gasto cardiaco y la monitorización de la PAP. La medición del gasto cardíaco servirá para modificar los parámetros de la bomba y las drogas vasoactivas y mantener un gasto cardiaco de 3L/min/m². Presiones PAP elevadas podrán ser tratadas con hiperventilación para mantener PaCO₂ entre 30-35 y NO (óxido nítrico). Mantener este tipo de catéteres de forma prolongada (mas de 72 h) aumenta el riesgo de infecciones.

Oximetría de pulso

Monitoriza la saturación de O₂. Si la curva de pulso es sinusoidal habrá dificultades de captación de la señal.



Saturación venosa mixta

La Sat.VO2 se puede medir de forma continua con un catéter situado en la arteria pulmonar o en la vena cava superior. Valores > 60% indican un probable adecuado gasto cardiaco.

Temperatura

La pérdida de calor de estos pacientes es muy elevada, debido al volumen de sangre que circula por el circuito extracorpóreo. La temperatura debe mantenerse entre 34°-36°C. Si al paciente hay que enfriarle para mantener una FC óptima usaremos una manta térmica con servorregulador.

Coagulación

Los pacientes con asistencia ventricular están siempre anticoagulados, con una infusión continua de heparina sódica. Se mantendrán ACT (tiempo de coagulación activada) entre 150-180 seg. Inicialmente se deben hacer controles cada 60 min. Para luego seguir cada 3h. Es uno de los cuidados más importantes que hay que tener con estos pacientes.

SITUACIONES ESPECIALES

Cambio del circuito de VAD

Es una situación crítica que dura solo unos minutos pero durante los cuales el corazón tiene que funcionar por si solo. Para realizar el cambio se debe tener preparado sangre, plasma, volumen e inotrópicos. La técnica se realiza con campo estéril, gorro, bata, mascarilla, etc.

Cambio de oxigenador de membrana

El cambio de la membrana se hace cuando hay una pérdida en la capacidad de oxigenar y remover CO₂, la duración de la membrana depende de las especificaciones del fabricante y del cuidado en la anticoagulación para evitar la formación de trombos en el sistema. Para realizarlo hay que tener la nueva membrana purgada y lista, clampear los circuitos y hacer rápidamente el reemplazo evitando la entrada de burbujas al sistema. La técnica se realiza bajo normas estrictamente asépticas. La manipulación debe ser mínima. El tiempo máximo de parada deben ser 5 minutos o hay que reemplazar todo el circuito.

RETIRADA DE LA ASISTENCIA

El destete se realiza cuando se dan las situaciones siguientes:

Aparición de onda pulsátil en la presión arterial sistémica

Disminución de las necesidades de inotrópicos

Posibilidad de disminuir el flujo de la bomba manteniendo buena situación hemodinámica

Mejoría de la contracción miocárdica por control Ecocardiográfico.

La retirada de la asistencia ventricular se realiza siempre de forma progresiva optimizando las condiciones de precarga y el inotropismo del paciente con expansión de volumen y aumento de la infusión de catecolaminas.

PARA TENER EN CUENTA

La asistencia ventricular forma parte del arsenal terapéutico en el tratamiento de pacientes con cardiopatías y como puente al trasplante cardiaco.

Es un trabajo de grupo por lo que se requiere un equipo cohesionado y debidamente entrenado

Los resultados iniciales están muy condicionados por la "curva de aprendizaje".

Conocer todos los parámetros y saber los riesgos y complicaciones que se derivan del uso de la asistencia ventricular es necesario para mantener unos cuidados de enfermería adecuados para este tipo de pacientes.

FIGURAS Y LEYENDAS



Figura 1. Componentes básicos del sistema de centrifuga. Se observa la cánula de entrada, la cánula de salida con el sensor de flujo

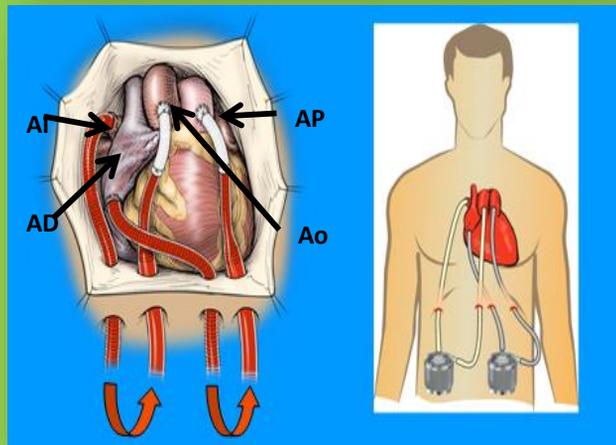


Figura 2. (AI: Aurícula Izquierda. AD: Aurícula Derecha. AP: Arteria pulmonar. Ao: Aorta) Conexión de sistema biventricular. En el lado derecho la sangre sale de la aurícula derecha, pasa a la centrifuga y es impulsada a la arteria pulmonar. En el circuito izquierdo la sangre sale de la aurícula izquierda, pasa a la centrifuga y es impulsada a la raíz de la aorta

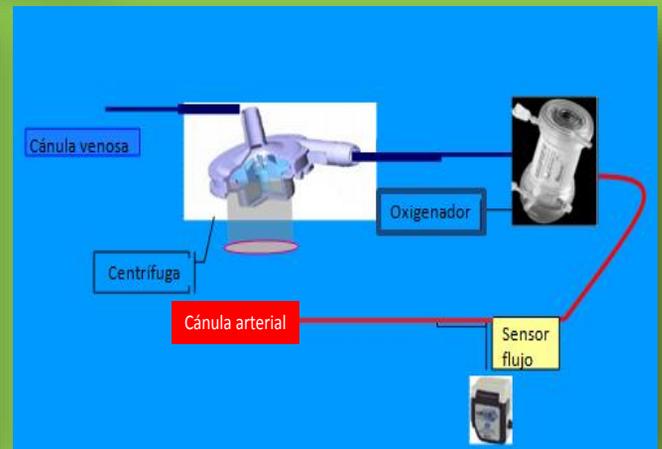


Figura 3. Ensamblaje del sistema de asistencia. De la cánula venosa la sangre entra por la parte central de la centrifuga, es impulsada por el puerto lateral hacia el oxigenador, pasa posteriormente por el sensor de flujo y sale a la cánula arterial.

BIBLIOGRAFÍA

- Saleem Haj-Yahia. Bridging patients after salvage from bridge to decision directly to transplant by means of prolonged support with the CentriMag short-term centrifugal pum. Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery .2009.Vol 1(4): 1-5-
- Eric Anderson. Parallel Application of Extracorporeal Membrane Oxygenation and the CardioWest Total Artificial Heart as a Bridge to Transplant. Ann Thorac Surg 2009;88:1676-1678
- Konertz W.,Reul H. Mechanical circulatory support in children. Int J Artif Organs. 1997 Dec;20(12):657-8.
- Conde Olasagasti JL, Amate Blanco JM, Alcaide Jiménez JF. Informe sobre los dispositivos de asistencia ventricular como puente al trasplante cardiaco. Revista española de trasplantes. May.97, vol.6, num.2



El uso de la comunicación terapéutica con pacientes críticamente enfermos

Consuelo Ortiz. Magíster en Enfermería.

Pilar García. Especialista en enfermería en cuidado crítico. UCI. HUSI

La comunicación es un proceso privilegiado y único que identifica el comportamiento humano, a través del cual se intercambian mensajes, los cuales están compuestos no sólo de ideas, sino también de sentimientos que pueden influir de manera positiva o negativa en la relación enfermera-paciente en la unidad de cuidado intensivo (UCI), ya que cada vez, se ve afectada por varios aspectos que incluyen la tecnificación del entorno, la rutinización de las acciones de enfermería y por ende el cuidado se centra en restablecer las funciones vitales del cuerpo y se brinda un buen "cuidado físico", y se olvida a aquella persona que amerita un cuidado integral que incluya todo su contexto personal, social, cultural y familiar.

Así mismo existen muchos factores que influyen en el deterioro de la comunicación terapéutica del profesional de enfermería con el paciente críticamente enfermo tales como: escasos del recurso humano entrenado en las unidades, aumento del número de personas asignadas para el cuidado, a su vez sobrecarga laboral que conlleva a una disminución del tiempo para la comunicación con el paciente y de ahí que los profesionales de enfermería en ocasiones presenten estrés y síndrome de burnout, el cual ocasiona agotamiento físico y emocional, así como falta de motivación del personal. No obstante otro factor que influye es la diversidad cultural entre pacientes y personal de enfermería, la cual genera interpretaciones entre el ser cuidado y el profesional por la diferencia entre su lenguaje y creencias, por consiguiente el cuidado se simplifica a la realización de procedimientos e intervenciones, y no se tiene en cuenta el paciente como un ser humano que siente y entiende independientemente de su condición de salud.

Por esta razón, es importante que el profesional de enfermería que labora en la UCI, conozca las características particulares de cada paciente, como: la edad, el sexo, el nivel educativo, el nivel socioeconómico, la religión, las creencias y las experiencias previas con la enfermedad antes de iniciar el proceso de la comunicación terapéutica con él y su familia, porque este hace parte del cuidado integral, ya que facilita y mejora la relación entre la enfermera y el ser cuidado(1), por tanto se disminuye la angustia y se aumenta el confort de los mismos durante su estancia en la UCI. A su vez cabe resaltar que este lugar es considerado como extraño y altamente tecnológico en donde predominan dispositivos de monitoreo y equipos de mantenimiento de la vida.(2), lo que genera en el paciente y su familia sentimientos de incertidumbre, temor, ansiedad, estrés, impotencia.

El profesional de enfermería debe incluir dentro de su plan de cuidado la comunicación terapéutica, porque esta permite conocer las percepciones, sentimientos, temores, ansiedades, expectativas del paciente y su familia, así mismo permite que el profesional desarrolle habilidades comunicativas con pacientes que tengan limitación en la comunicación verbal, dentro de las cuales se incluyen: sonreír, interpretar los gestos del paciente, satisfacer sus necesidades, crear disposición para el diálogo, disponer de tiempo para la escucha, la interacción, ser asertivo, generar confianza, dar seguridad y brindar apoyo afectivo.(3)

Se considera que el cuidado es incompleto, si no se acompaña de intervenciones de comunicación que den respuesta a las situaciones emocionales y físicas antes descritas, las cuales ayudaran a disminuir los sentimientos de miedo, ansiedad, desconfianza y vulnerabilidad que experimenta el paciente en estado crítico. Cabe anotar que la comunicación tiene dos formas la verbal y no verbal, de ahí que los profesionales de enfermería, adquieran habilidades y destrezas para saber interpretar lo que un paciente quiere expresar. A continuación algunas recomendaciones y estrategias de comunicación: (2) (3)



El uso de la comunicación terapéutica con pacientes críticamente enfermos

- ✓ Llamar al paciente por su nombre, respetar su intimidad, libertad y autonomía.
- ✓ Interpretar su mirada, gestos, la expresión facial y cambios posturales.
- ✓ Utilizar terminología clara y comprensible para dirigirse al paciente
- ✓ Transmitir tranquilidad, serenidad, confianza y apoyo con sus pequeños gestos
- ✓ Tener iniciativa y ser innovadora con medios de comunicación en pacientes en los que se ve limitada la comunicación verbal. Ej. Uso de abecedario o una cartilla con dibujos donde reflejen sus necesidades.
- ✓ Ponerse en el papel del paciente anticipándose a sus necesidades, intentar vivir de cerca su experiencia; esto disminuye la sensación de soledad e indefensión, ayuda a identificar más fácilmente las necesidades que se pueden satisfacer.

REFERENCIAS

1. Pérez MC, Najarro F, Dulce MA, Gallardo N, Fernández A. Comunicación: Una necesidad para el Paciente-Familia. Una competencia de Enfermería. [revista en la Internet]. 2009. Sep; 1(3)
2. Uribe MT, Muñoz C, Restrepo J. Percepción familiar del paciente crítico cardiovascular. Investigación y Educación en Enfermería. 2004; 22(2).
3. Naranjo B. IC, Ricaurte G. GP. La comunicación con los pacientes. Investigación y Educación en enfermería. 2006; 24(1): 94-98



Uso de la escala Norton vs Braden en la prevención de úlceras por presión en el paciente crítico.

Ángela Ramírez Cárdenas. Coordinadora UCI VIP. Bogotá.

Las úlceras por presión (UPP) son una de las complicaciones y evento adverso que ocurre con mayor frecuencia en los pacientes en estado crítico, puesto que dicho estado los hace más susceptibles a factores de riesgo y potencialmente pueden padecer este problema; el primer paso para la puesta en práctica de los cuidados de prevención es a través de la valoración de los factores de riesgo de UPP con la aplicación de escalas validadas. Cabe resaltar que como norma general se debe considerar a todos los pacientes en estado crítico están en riesgo de padecer úlcera por presión y se debe proceder a confirmar o descartar este riesgo con la aplicación de una escala de valoración del riesgo de presentar UPP (EVRUPP).

Una EVRUPP es un instrumento que establece una puntuación en función de una serie de parámetros considerados como factores de riesgo (1), dentro de los objetivos de la aplicación de una EVRUPP están: Identificar de forma precoz a los pacientes que pueden presentar UPP, proporcionar un criterio objetivo para establecer medidas preventivas según el nivel del riesgo y clasificar a los pacientes en función del grado de riesgo; asignar eficiente y efectivamente los recursos preventivos limitados, sirve de soporte de las decisiones clínicas, permite el ajuste de casos en función del riesgo en estudios epidemiológicos, facilita el desarrollo de protocolos de valoración del riesgo y sirve como prueba en casos legales (2). A continuación se hace un análisis de las escalas más utilizadas:

Escala de NORTON: Se desarrolló en el curso de una investigación sobre pacientes geriátricos; por ser la primera escala descrita en la literatura en 1962 por Doreen Norton junto con McLaren y Exton-Smith describe los factores de riesgo básicos a los cuales puede estar expuesto un paciente para el desarrollo de una UPP, por lo cual esta escala considera cinco parámetros: estado mental, incontinencia, movilidad, actividad y estado físico; es una escala negativa, de forma que una menor puntuación indica mayor riesgo. En su formulación original, su puntuación de corte era 14, aunque posteriormente en 1987, Norton propuso modificar el punto de corte situándolo en 16 de tal manera que una puntuación menor a 12 representa un alto riesgo, entre 12 y 16 riesgo medio y mayor a 16 bajo riesgo.

Escala de BRADEN: En 1987 Barbara Braden junto con Nancy Bergmstrom desarrollaron la escala de BRADEN a través de un esquema conceptual en el que reseñaron, ordenaron y relacionaron los conocimientos existentes sobre las UPP mediante una investigación en centros sociosanitarios. La Escala de Braden está validada para medir el riesgo en pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos con 5 estudios en 429 pacientes (3) y consta de seis subescalas: percepción sensorial, exposición de la piel a la humedad, actividad física, movilidad, nutrición, roce y peligro de lesiones cutáneas, con una definición exacta de lo que se debe interpretar en cada uno de los apartados de estos subíndices. Los tres primeros subíndices miden factores relacionados con la exposición a la presión intensa y prolongada, mientras que los otros tres están en relación con la tolerancia de los tejidos a la misma.



Uso de la escala Norton vs Braden en la prevención de úlceras por presión en el paciente crítico.

Estas dos escalas se encuentran validadas, lo cual permite una evaluación segura del riesgo a identificar, puesto que como norma general, se considera que una escala está validada cuando tiene dos o más trabajos que demuestran su eficacia (3,4). Aunque en las instituciones hospitalarias de Colombia en todos los ámbitos de complejidad, la escala más utilizada es la de NORTON por su sencilla aplicación, esta se ha evaluado en 8 estudios con 400 pacientes de hospitalización básica más no en pacientes críticos; mientras que la escala BRADEN ha sido validada con 26 estudios en 8500 pacientes de los cuales 5 estudios con 429 pacientes validaron esta escala para su aplicación en pacientes ingresados en UCI específicamente; otras dos escalas que se han evaluado y validado para su uso y aplicación en pacientes de cuidado intensivo son la escala de Waterlow con 3 estudios y Cubbin-Jackson con 2 publicaciones. Esta última escala es específica para estas unidades y ha sido desarrollada por profesionales que trabajan en ellas (3).

Comparando los puntos de evaluación de cada una de estas dos escalas se puede analizar que la escala BRADEN amplifica el factor de exposición de la piel a humedad, lo que permite tener en cuenta la humedad generada por heridas de alto gasto o diaforesis excesiva, ya que en la escala de NORTON solo se toma la incontinencia como generador de humedad; también adiciona el patrón nutricional como un factor de riesgo el cual se ve alterado en los pacientes en estado crítico; evalúa el estado mental del paciente mencionado en la escala de NORTON en términos de reacción ante molestias es decir la percepción sensorial y finalmente evalúa una de las causas de UPP, la fricción durante los movimientos o cambios de posición ya sean asistidos o realizados por el propio paciente.

Para la valoración del paciente crítico se utilizan diversas escalas, las cuales se deben integrar y evaluar de manera lógica encadenando la una con la otra, pues si se observa, en escalas como la de Norton y Braden se evalúa el estado mental y la percepción sensorial respectivamente, aspectos cuyo resultado debe ser igual a lo obtenido en la valoración del estado de conciencia mediante la escala de Glasgow, igualmente el aspecto nutricional al que hace referencia la escala de Braden debe estar ligada a una completa valoración del patrón nutricional.

Finalmente como el mejor y más económico método de tratamiento para las UPP es la prevención, este es proceso que debe liderar la enfermera y en el cual la especialista de cuidado intensivo debe tener una visión y una actuar integral durante la ejecución de cuidados preventivos, para lo cual se puede apoyar en la utilización y aplicación de escalas sencillas, la más recomendada por el número de estudios que incrementan su validez es la escala de BRADEN, su uso permitirá establecer estándares de calidad con relación al procedimiento de prevención de úlceras por presión y mejorar la eficiencia de atención en torno a éste.

LECTURAS RECOMENDADAS

- Papanikolaou P, Lyne P, Anthony D. Risk assessment scales for pressure ulcers: a methodological review. Int J Nurs Stud 2007; 44 (2): 285-96.
- Pancorbo Hidalgo PL, García Fernández FP, Soldevilla Agreda JJ, Martínez Cuervo F. Valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión: Uso clínico en España y meta-análisis de la efectividad de las escalas. Gerokomos 2008; 19 (2): 135-139.

Si quiere acceder a las escalas haga click:

http://scielo.isciii.es/img/revistas/geroko/v19n3/136helcos_anexo.htm



Lección de vida en la UCI

Es complejo empezar estas letras, inspiradas en un momento no muy grato de mi vida, pero así lo hare, ella una incansable mujer luchadora y con una inmensa pasión por la vida y por su trabajo, día a día luchaba contra la muerte para salvar la vida de sus pacientes, pero cuando le toco luchar por la suya, la perdió y precisamente en el lugar donde ayudo a salvar tantas vidas perdió la suya, rodeada de las personas que la queríamos, a esta mujer que tantas cosas me enseñó, no solo como mujer sino también laboralmente, no fue nada fácil verla partir en su ley, en su Unidad, en la cama donde en muchas oportunidades ayudo a salvar vidas.

Todo comienza cuando comentan una paciente para ingresar a la Unidad, su nombre conocido por todos los que allí trabajamos, la sorpresa y ansiedad se apodero de todos al saber que una de nuestras compañeras se convertiría en una de nuestras pacientes, y no solo eso, venia con un cuadro de dificultad respiratoria bastante marcado, por lo cual requeriría de medios invasivos tanto diagnósticos como terapéuticos.

Inicie a realizar los tramites para que el sistema de salud de este país la permitiera ingresar a la Unidad donde trabajaba, ya que, seria atendida no solo por el mejor grupo de especialistas y equipo multidisciplinario, sino también por un grupo de personas que la queríamos como compañera y en mi caso particular como mujer. Llego la hora de comentarla oficialmente con el grupo que en ese momento estaba de turno, todos alistando la Unidad para garantizar una optima atención, no solo por el hecho de ser una paciente en un estado complejo de salud, sino también por tratarse de quien se trataba una compañera, una amiga, un miembro de esa familia denominada "Unidad de Cuidados Intensivos Adultos".

Esa tarde fue bastante larga, la tramitología que en un momento era rutinaria ese día se hacía dispendiosa, extensa y extenuante y más aun cuando telefónicamente le comente al medico el estado de ella, y el sin titubear y sin duda alguna me aseguro que si ella estaba como yo se la mencione, la intubación, un procedimiento al que ella tenía tanto respeto y terror, era inevitable y era el primer paso a seguir tan pronto ella entrara a la Unidad. Esa información tuve que callarla, tuve que dejarla solo para mí, porque estaba seguro que si ella se enteraba lo que planeaban hacerle posiblemente iba a negarse a aceptar este traslado a la Unidad, en ese momento no sabía si era o no ético ocultar información, solo quería ayuda del mejo grupo de trabajo, que me alivianaran la carga emocional que en ese momento estaba experimentando.

Nos bajamos de la ambulancia, sentí que fue el camino más largo y tedioso, verla llorar como una niña desconsolada, ansiosa y bajo la mirada atónica de sus compañeros de trabajo y acompañado de un silencio que asustaba e intimidaba, lo único que en ese momento pude hacer, fue acercarme al oído y susurrarle con voz temblorosa que todo iba a salir bien, que debía luchar por su vida, por la de su hija y por nuestros proyectos juntos, ¡que duro es recordar todo esto!.

Llego la hora de entrar a la Unidad, entre con ella rompiendo con todo el protocolo que yo mismo había establecido, que la familia debía esperar afuera de la Unidad, mientras se entraba y se estabilizaba el paciente, pero en ese momento ¿Quién entendía el protocolo?, ¿Quién lo haría cumplir?, eran muchas emociones juntas para una sola tarde. La acompañe hasta su cama, la más amplia, estaba súper arreglada con todo listo, como si ya se previera el desenlace de toda esta historia, ella asustada solo me miro y me dijo, no quiero que me intuben y de ser así tu sabes que quiero que hagan conmigo. Mientras todo esto ocurría, el equipo de trabajo agilizaba todo procedimiento para atenderla lo más pronto posible, en ese momento decidí salirme, no quería presenciar más ese cuadro ya había sido suficiente para una sola tarde



Lección de vida en la UCI

No alcance a salir de la Unidad, cuando me llamaron desde la cama donde estaba ella, me devolví lo más pronto posible para saber que necesitaban y lo único que vi fue la mano extendida de ella esperando la mía, para iniciar este proceso de intubación, un proceso rutinario en la Unidad, pero en ese momento para todos los presentes el nivel de ansiedad y angustia era máximo, sujete su mano fuertemente que sintiera mi apoyo incondicional en ese momento, empecé a sentir como su mano temerosa empezó perder fuerza y a soltarme la mía gradualmente, era evidente que ya los relajantes estaban cumpliendo su objetivo, sin soltarle su mano escuche por qué no fui capaz de mirar como el médico y demás miembros del equipo de trabajo hacían lo suyo, escuchar como la intubaban, como programaban el ventilador, todas las alarmas que en algún momento eran tolerables para mí, en ese momento se volvían los más incómodos sonidos.

Voltee mi cara y la imagen que vi en ese momento no fue nada agradable, estaba ella ahí dormida, sus ojos cerrados, se veía tan vulnerable, tan débil, indefensa y siendo asistida por el ventilador, eso sí la iban a despojar de sus aretes, en ese momento volví a saltarme los protocolos, y no lo permití, ya que, ella en alguna ocasión, menciono que jamás, jamás permitiera que nadie le quitara los aretes, era una mujer muy vanidosa, eso sí que lo sabía yo, y esa fue la razón por la cual volví a saltarme los protocolos que yo había creado.

Después de ese ingreso tan complejo a la Unidad, todos trabajamos alrededor de ella, de asistirle en sus actividades de la vida diaria, por mi parte tramitaba todo para que sus exámenes fueran realizados de la manera más ágil posible y así en esa rutina se paso un par de días, su evolución lenta y un poco confusa, maquillaba su pronóstico, los médicos decidieron empezar a bajar parámetros ventilatorios y a su vez la sedación iba siendo titulada gradualmente.

En ese momento hubo luz verde, la esperanza que saldría de ese proceso era cada día mas alta, a pesar de su lenta evolución, pero el verla, aunque intubada despierta era una buena señal para los que estábamos al tanto de su proceso, vislumbrarla así me convirtió en su cuidador en el poco tiempo que podía estar con ella, era función mía en las tardes cuando mis ocupaciones me lo permitían, hacer cumplir el protocolo de los cuidados de piel, aplicarle crema en las partes del cuerpo que yo y solo yo sabía que le gustaba, limpiarle los ojos, aplicarle su protector de labios, entre otras actividades que le hacía teniendo la esperanza que sería temporal y que después nos reiríamos de todo esto, así como era nuestra costumbre reírnos de las cosas cotidianas de nuestras vidas. Por otra parte, nos ingeniamos una forma para podernos comunicar de una manera no verbal, una tabla con hojas blancas fue nuestra cómplice para permitirnos expresar todos los sentimientos que en ese momento estábamos experimentando, es más, algunas de esas hojas escritas las tengo guardadas como un gran tesoro.

Pero fue el día que sería llevada a un procedimiento para aclarar un poco más, hasta el momento confuso diagnóstico, pero precisamente fue en ese momento donde esta historia empezaría a llegar a un desenlace, aunque no fuera el que nosotros estuviéramos esperando, se acercaba el final de toda esta historia. Ingresó esa tarde proveniente del servicio de cirugía, con un cuadro y un aspecto no muy alentador, los médicos deciden aumentar nuevamente parámetros y sedación, en ese momento ni siquiera la tabla con hojas nos serviría para comunicarnos, después de ese día no la volvería a ver con los ojos abiertos.

Al día siguiente, ingresó a verla ya su aspecto era otro, a pesar que no quería aceptarlo ya sabía lo que nos esperaba, solo me restaba hablarle al oído, porque la teoría me había enseñado que así los pacientes estén sedados escuchan lo que uno les dice, o por lo menos eso estaba acostumbrado yo a decirle a los familiares de mis pacientes, en ese momento decidí no solamente expresarle lo mucho que significaba para mí, sino también ratificarlo con las canciones que solo ella y yo sabíamos, que nos gustaban y que significaban algo para nosotros.



Lección de vida en la UCI

Esa noche no pude descansar, llamaba permanentemente al personal de turno, para saber como era su evolución y la única respuesta era “sigue estable”, “no hay mayores cambios”, “sigue con soporte inotrópico”, respuestas que me predecían que algo sucedería muy pronto.

Al ver el amanecer decidí levantarme de mi cama, y en las opciones de escoger el uniforme que me pondría ese día, solo Dios, ella y yo sabemos el uniforme con el que ella me conoció hace alrededor de un año y unos meses, precisamente ese uniforme era el que debía usar ese día, llegue a la Unidad, la vi en la cama con tantas infusiones, en ese momento era la paciente mas compleja de la Unidad, no solo por su patología, sino porque nadie quería que falleciera en su turno, por tanto, tenia medidas terapéuticas extremas, volví a acercarme a ella, a susurrarle al oído, ya no que sacara fuerzas sino por el contrario que acá todos íbamos a estar bien, que su hija de 5 años se encontraba en buenas manos, y que escuchara nuevamente una canción la cual era himno para los dos, además porque era yo precisamente el que la iba a cantar en ese momento.

Pasada media hora, salí un momento a mi oficina a revisar unos documentos, me llaman urgente y me avisan que había código azul en la Unidad, algo me decía que era ella la paciente, efectivamente quería estar equivocado pero no era así, ver a su grupo de compañeros con lagrimas en sus ojos pero reanimándola de la manera como ella lo hizo en varias ocasiones, me hacia despertar sentimientos cruzados, y me impedían participar de esa reanimación, al terminar de reanimarla, volvieron sus signos vitales, no olvido cuando el médico especialista me dice con voz temblorosa “¿Qué más le hacemos chino?, ya no se que mas hacerle”, a lo que conteste: “Doc. Usted y yo sabemos que esos signos vitales son producto de los medicamentos que están en esas bombas de infusión”, pasados 10 minutos de terminar mis palabras entro en el segundo paro cardiorespiratorio, del cual no volvería a salir jamás, solo me acerque y nuevamente le dije “Descansa en paz”.

Esta es la historia de amor más compleja y triste que he vivido, llena de alegrías, glorias, tristezas, rabias e infinidad de momentos que hacen que cada día ame mas la profesión que decidí ejercer, y seguirla viviendo con la mayor de las pasiones, porque precisamente son estas lecciones de vida las que enriquecen nuestro diario quehacer y más aun en las Unidades de Cuidados Intensivos, donde la muerte forma parte de nuestra cotidianidad.

GUILLERMO ALFONSO MENDOZA LONDOÑO
JEFE ADMINISTRATIVO UCIS
CLINICA META



Un nuevo horizonte

Luis Enrique Farfán Medina R.N. Bronx Lebanon Hospital.

Lo sueños son los únicos que nos impulsa a luchar y mirar cada vez mas lejos. Esta tal vez ha sido mi consigna durante estos años después de haber recibido mi grado como enfermero especialista en la Universidad Javeriana. Inicie mi nuevo camino como enfermero después de dejar mi país Colombia en el año 2009 llegando a este nuevo territorio, Estados Unidos, en el estado de Nueva York. Mi propósito era prepararme para afrontar esta nueva cultura y todos lo que representa un nuevo idioma. Para así, poder desempeñarme como enfermero, que para ser honesto me atemorizaba, sabia que no sería fácil pero no sería imposible. Tome mi examen (Nclex) obteniendo mi licencia como Registered Nurse en el 2010 y ya con ello inicie en mi nueva labor como Staff Nurse en una unidad de cuidado intensivo en el Bronx Lebanon Hospital.

Podría narrar muchas anécdotas en mi nuevo rol, alguna de ellas son: la primera vez que tuve mi primer paciente psicótico de más de dos metros de altura con infusión de ativan e historia de agresión al personal de enfermería, situación que pude manejar recordando todo lo que aprendí cuando tome mi examen para mi licencia. Cuando confundí la sigla en español PVC (Presión Venosa Central) que en ingles significa (Premature Ventricular Contraction) desde ese momento y aun conservo una libreta donde tengo consignados los conceptos y terminología. El pánico que me produjo tener que preparar todo el equipo para un catéter de arteria pulmonar, y que tenía la responsabilidad de reconocer las curvas del paso del mismo e imprimirlas para llevar un registro y seguimiento del mismo. En el peor de los casos cuando tuve mi primer paro cardiorespiratorio y estaba solo con el equipo de residentes en una habitación donde era el único enfermero por que mi paciente estaba en aislamiento de contacto y respiratorio.

No lo puedo negar este cambio era el que buscaba en mi vida profesional, donde nuevos retos y experiencias abundan. Pero, no por ello la enfermería cambia, al contrario, sigue siendo la misma, todo enfocado al cuidado del paciente critico que es mi fuerte. Se necesita el mismo conocimiento y habilidades; el punto es saber adaptarse a una nueva cultura y a la disciplina de seguir los protocolos para así no cometer errores. Trabajo en un hospital ubicado en una de las zonas de mayor conflicto social en la Ciudad de Nueva York donde el patrón dominante son drogas, alcoholismo y VIH – SIDA. Fue un gran choque ya que un gran porcentaje de nuestros pacientes en la unidad de Cuidado intensivo están relacionados con patologías resultado de estas condiciones. Sumado a eso la violencia que se vive en la misma, hace que tanto los pacientes como sus familias muestren su inconformismo en su comportamiento hostil. Ha sido un nuevo camino de aprendizaje en estas nuevas condiciones y del manejo de las mismas.

Me siento en parte muy orgulloso de haber contado con suerte durante estos dos años en primer lugar porque las condiciones migratorias para los enfermeros no son tan fáciles como lo fue hace un par de años atrás, es por ello que trabajo con un sin número de enfermeras de todo el mundo (África, Filipinas, Nigeria, Centro America, Francia etc.) y en segundo lugar porque gracias a mi formación como enfermero en mi país logre ingresar en un campo laboral que al principio pensé que sería difícil pero que ahora ya en el, me siento privilegiado no solo por el hecho de haberlo logrado sino por saber que todo lo hecho en Colombia no fue en vano. No hay nada más placentero que decir “Soy Colombiano” y obtuve mi bachelor en mi país.

La enfermería es una ciencia maravillosa donde hay mucho por hacer. La pluralidad cultural y las nuevas condiciones no son excusa para hacer lo que se debe hacer, el resultado será el mismo no solo la satisfacción personal sino tal vez la sonrisa, el gesto, la palabra un sin numero de expresiones cuyo significado es un “**Gracias**”.