

**UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS FACULTAD DE MEDICINA-
ENFERMERÍA NUTRICION Y TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO**



**CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL PROFESIONAL EN ENFERMERIA
EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON DESACONDICIONAMIENTO
FISICO SISTEMA TEGUMENTARIO EN TERAPIA INTENSIVA, INSTITUTO
NACIONAL DEL TORAX, TERCER TRIMESTRE GESTIÓN 2019**

POSTULANTE: LIC. SILVIA GUAYHUA QUISPE

TUTORA: LIC. MARTHA POMA ARGOLLO

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
ENFERMERÍA EN MEDICINA CRÍTICA Y TERAPIA INTENSIVA**

LA PAZ- BOLIVIA

2020

**CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES DEL PROFESIONAL EN
ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LOS PACIENTES CON
DESACONDICIONAMIENTO FISICO SISTEMA TEGUMENTARIO
EN TERAPIA INTENSIVA, INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX,
TERCER TRIMESTRE GESTIÓN 2019**

DEDICATORIA

- A Dios por la bendición de haber dado la vida, haber forjado mi camino, quien guía el destino de mi vida
- A mi familia por su amor, cariño, apoyo y comprensión, por ser mi fuente de inspiración y el motor de mi vida, principalmente a mi madre quien ha sido pilar fundamental en mi formación como profesional
- A mis docentes del Postgrado, por su comprensión y apoyo hicieron posible, que nuestro tiempo se dedicara a la especialización que nos engrandece profesionalmente

AGRADECIMIENTOS

- A la Unidad del Postgrado de la facultad medicina UMSA, por habernos dado la oportunidad de lograr nuestra meta profesional
- Al Grupo de enfermeras de la unidad de cuidados intensivos del Instituto Nacional del Tórax, que participaron activamente disponiendo de su tiempo creyendo en el aporte que hacíamos para mejorar el desempeño de nuestra profesión
- A Nuestra coordinadora del Postgrado Lic. Enaida Paz, por creer en nosotros para llevar término del proyecto novedoso para el cuidado que brindamos las enfermeras
- A Nuestras Familias que en todo momento fueron nuestro apoyo y estímulo para continuar firmes con el logro de nuestra meta profesional

INDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCION.....	1
II. JUSTIFICACIÓN.....	5
III. MARCO TEORICO	7
3.1. Conceptos principales	7
3.1.1. Conocimiento.....	7
3.1.2. Habilidades de enfermería.....	8
3.1.3. Cuidado de enfermería	9
3.1.4. Paciente crítico	9
3.1.5. Unidad de cuidados intensivos	10
3.2. Definición	10
3.3. Fisiopatología.....	11
3.4. Manifestaciones clínicas: según (Pardo, Ruiz) (6)	14
3.5. Alteraciones por Sistemas.....	16
Sistema Nervioso.....	16
Sistema muscular	16
Sistema Esquelético	17
Sistema Cardiovascular.....	17
Sistema Respiratorio	19
Sistema Gastrointestinal.....	19
Sistema Genitourinario	19
Sistema Endocrino.....	19
Sistema Tegumentario:.....	20

3.6. Prevención:	22
3.7. Marco Contextual	23
3.8. Antecedentes	25
3.8.1. conocimientos y habilidades del personal de salud en el síndrome de desacondicionamiento físico a nivel mundial.....	25
3.8.2. conocimientos y habilidades del personal de salud en el síndrome de desacondicionamiento físico en otros países	25
3.8.3 conocimientos y habilidades del personal de salud en el síndrome de desacondicionamiento físico en Bolivia.....	27
I.V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	28
V. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS.....	30
a. Objetivo General.....	30
b. Objetivo Específicos	30
VI. DISEÑO METODOLÓGICO:	31
6.1. Tipo de estudio:.....	31
6.2. Área de estudio:	31
6.3. Universo y muestra.....	31
6.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	32
6.5. Variables	32
6.6. Operacionalización de variables.....	33
VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	38
VIII. RESULTADOS	39
IX. CONCLUSIONES.....	52
X. RECOMENDACIONES	53
X.I. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54

XII. ANEXOS	56
12.1. Cronograma de Actividades.....	56
12.2. Consentimiento informado	56
12.3. Solicitudes de Autorización.....	56
12.4. Formulario de Validación del Instrumento.....	56
12.5. Cuestionario.....	56

INDICE DE RESULTADOS

GRAFICO 1: Turno en el que trabaja el personal de Enfermería	40
GRAFICO 2: Años de experiencia en cuidados intensivos del personal profesional de Enfermería	41
GRAFICO 3. Nivel de formación académica del personal profesional de Enfermería.....	42
GRAFICO 4: El síndrome de desacondicionamiento físico es:	43
GRAFICO 5: Los factores que influyen para el desarrollo del síndrome de desacondicionamiento físico es:	44
GRAFICO 6: Los sistemas afectados en el paciente crítico por el reposo prolongado son:	45
GRAFICO N° 7: Los signos y síntomas en el sistema gastrointestinal del síndrome desacondicionamiento físico son:	46
GRAFICO N° 8: Los signos y síntomas en el sistema tegumentario del síndrome desacondicionamiento físico son:	47
GRAFICO N° 9: El síndrome de desacondicionamiento físico se previene con los siguientes programas:	48
GRAFICO N° 10: Las complicaciones del síndrome de desacondicionamiento físico a nivel muscular son:	49
GRAFICO 11: Los tiempos en los que realiza cambios de posición al paciente	50
GRAFICO N° 12. El vendaje de miembros inferiores con vendas elásticas lo efectiviza en los siguientes tiempos:	51
GRAFICO N° 13: Los grados de elevación de cabecera en el paciente critico que considera correcto son:	52

GLOSARIO DE TERMINOS

- **UTI:** Unidad de terapia intensiva
- **UCI:** Unidad de cuidados intensivos.
- **Unidad de cuidados intensivos:** Servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral al paciente crítico.
- **SDF:** Síndrome de desacondicionamiento físico.
- **Conocimientos:** Conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje.
- **Habilidades:** Capacidad de la persona para desempeñar de manera correcta y con facilidad una tarea o una actividad determinada
- **Enfermería:** Es una profesión que comprende la atención, cuidado autónomo y colaboración de la salud del ser humano
- **Paciente crítico:** Pacientes que tienen alteraciones fisiopatológicas que comprometen de forma inesperada su vida.
- **Inmovilización:** Supresión del movimiento.
- **Sistema Tegumentario:** De tegumento, está formado por la piel y sus anexos. La piel o tegumento es el órgano que constituye el límite del cuerpo, es la primera barrera de protección.

RESUMEN

Introducción:

La inmovilización prolongada a la que se ve comprometido el paciente en la unidad de cuidados intensivos contribuye al desacondicionamiento físico y la dependencia funcional

Objetivos

Determinar los conocimientos y Habilidades de enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, en el Instituto Nacional del Tórax en tercer trimestre Gestión 2019

Métodos:

Estudio Descriptivo, Transversal, Muestra de 8 Licenciadas en Enfermería, tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia.

Resultados:

En el grado de formación académica 62,5 % son licenciadas en enfermería, en el conocimiento un 50% responde correctamente, en las habilidades más del 75% responde correctamente.

Conclusiones:

Se determina que el nivel de formación académica es mínimo solo un 37.5% realizan estudios superiores, el nivel de conocimiento en el síndrome de desacondicionamiento físico es regular, en las habilidades responden positivamente.

Palabras claves: Conocimientos, Habilidades, Enfermería, Síndrome de Desacondicionamiento Físico.

SUMMARY

Introduction:

Prolonged immobilization to which the patient is compromised in the intensive care unit contributes to physical deconditioning and functional dependence

goals

To determine the knowledge and Skills of nursing in the care of patients with physical deconditioning integumentary system in intensive care, at the National Thorax Institute in the third quarter Management 2019

Methods:

Descriptive, Cross-sectional Study, Sample of 8 Nursing Graduates, type of non-probabilistic sampling for convenience

Results:

In the degree of academic training 62.5% are licensed in nursing, in knowledge 50% respond correctly, in skills more than 75% respond correctly.

Conclusions:

It is determined that the level of academic training is minimum only 37.5% perform higher studies, the level of knowledge in the syndrome of physical deconditioning is regular, in the skills respond positively

Keywords: Knowledge, Skills, Nursing, Physical Deconditioning Syndrome

I. INTRODUCCION

El posicionamiento de la enfermería en el sistema de salud la ha llevado a trabajar bajo estándares de calidad, a la aplicación de las teorías de cuidado en la atención de enfermos en una ambición de encontrar la identidad misma de la profesión; servir de pilar y de estandarte para ser cada vez mejores con el único propósito de cuidar a los pacientes con humanitarismo, pero con una dosis grande de conocimientos.

Es perfectamente válido considerar a Florence Nightingale como la primera gran teorista del proceso de atención de enfermería, puesto que incorporo la observación del entorno a la atención del paciente, estableciendo una primera etapa de valoración, una segunda etapa de intervención y una tercera de evaluación. Virginia Henderson agrego al entorno, la salud persona y cuidados, incorporo en su teoría principios fisiológicos y psicológicos e identifico 14 necesidades básicas del paciente.

Las enfermeras dedicadas a la actualización se han involucrado cada vez con más entusiasmo y profundidad a proponer nuevas y mejores herramientas encaminadas a elevar la calidad del conocimiento y su fundamentación, a la búsqueda participativa y coherente para el proceso educativo- asistencial vaya más allá de la simple respuesta a las necesidades del mundo actual.

Enfermería es proporcionar a las personas atención especializada y cuidados individualizados, los cuidados se definen como: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta. Para faye Glenn abdellah, la falta de conocimiento científico específico era una de los grandes obstáculos para que la enfermería alcanzara su estatus profesional

En la unidad de cuidados intensivos no se cuenta con un protocolo de cuidado establecido para los pacientes con riesgo de padecer síndrome de desacondicionamiento físico. Se realizan tareas preventivas de complicaciones como la posición semisentada para evitar broncoaspiración, el uso rutinario de

vendas elásticas o compresor mecánico, baño general diario, cambio de posición cada dos horas y otros

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

“El síndrome de desacondicionamiento físico, (SDF) es multicausal y engloba alteraciones funcionales en diversos sistemas del organismo, Se define el síndrome de desacondicionamiento físico, como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada, las alteraciones metabólicas se comienzan a observar en las primeras 24 horas de inmovilización” (1)

Los pacientes en cuidados intensivos son propensos a desarrollar complicaciones, debido a la sedación, alteración del nivel de la conciencia, soporte de respiración, uso de drogas vaso activas, restricción de movimiento por un periodo prolongado

La inmovilización prolongada en unidad de cuidados intensivos (UCI), constituye un factor de riesgo asociado a las complicaciones que afecta los sistemas: cardiopulmonar, neuromuscular osteomuscular y tegumentario, lo que genera una disminución en la capacidad funcional. Particularmente el alto grado de inmovilidad conlleva a desarrollar el síndrome de desacondicionamiento físico (SDF) en el paciente crítico, causado por el reposo y el desuso, dichos fenómenos generan limitaciones, deficiencias y discapacidades, que pueden extenderse más allá de la estadía en unidad de cuidados intensivos.

“Ampliamente usado por muchos años, para el manejo de traumatismos y diferentes patologías, el reposo en cama y la inmovilización han sido estudiados

en las últimas décadas de manera muy extensa, demostrándose que los efectos perjudiciales de estos métodos terapéuticos superan los efectos beneficiosos. Es así, como se ha entendido que, si bien la falta de actividad física favorece la curación del órgano enfermo, igualmente causa un enorme deterioro en los órganos no afectados, comprometiendo no sólo a un sistema, sino prácticamente a todos los sistemas del organismo” (2)

Frecuentemente, el paciente críticamente enfermo se encuentra sometido a un alto grado de inmovilización por tiempo prolongado, el cual conlleva al síndrome de desacondicionamiento físico, degenerando en una disminución significativa en la capacidad funcional que, sumándose a la situación o enfermedad de base, lo compromete en forma multisistémica

El deterioro del sistema tegumentario se observa con más frecuencia en las unidades de cuidados intensivos, se caracteriza por la presencia de úlceras de presión, edema y bursitis subcutánea, estas afecciones tienen alta incidencia en este servicio por la inmovilización prolongada que son sometidos generalmente. La reducción de la movilidad puede causar un acortamiento adaptativo de los tejidos blandos de una articulación y la pérdida consiguiente de la amplitud de movimiento. A su vez, la debilidad muscular se debe tanto a la permanencia como a una variedad de mecanismos como una nutrición inadecuada, necrosis muscular, miopatía inducida por fármacos o el deterioro de las fibras musculares” (3)

El SDF síndrome desacondicionamiento físico es una consecuencia del reposo prolongado en cama y de la inmovilización, que generan muchas de estas enfermedades cardiovasculares y respiratorias cuando se agudizan y requieren manejo continuo. Es por esto que el desacondicionamiento asociado a esta condición impacta de manera importante en la funcionalidad y recuperación del individuo, limitando su capacidad de desempeño en las actividades de la vida diaria y de la participación para la búsqueda y mantenimiento de relaciones interpersonales, en los diferentes ámbitos de vida (4)

Estos conocimientos sobre las complicaciones del paciente crítico nos llevan a conocer la problemática, y actuar con la propuesta de intervención implementando cuidados de enfermería seguros en la unidad de cuidados intensivos dirigidos al paciente con reposo prolongado susceptible a desarrollar el síndrome

Este proyecto busca entre otros aspectos, el orientar y preparar al personal de enfermería de esta unidad de cuidados intensivos para que desarrolle y aplique las actividades descritas en el protocolo, que atienden las necesidades del paciente con reposo prolongado que pueden presentar desacondicionamiento físico

II. JUSTIFICACIÓN

Los pacientes en estado crítico, son aquellos que se encuentran en situación inminente de muerte, debido al cuadro patológico de base y la posibilidad de complicaciones, por la dependencia funcional como: ventilación mecánica, sedoanalgesia y relajantes neuromusculares, soporte vital; mismos que inducen a un estado de coma lo que conlleva a la limitación a movimientos por periodos largos, desarrollando el síndrome de desacondicionamiento físico, manifestado con: mayor riesgo para desarrollar trombosis venosa profunda, hipotensión ortostática, úlceras de presión y anquilosis articular por pérdida de agua, convirtiéndose un factor de riesgo asociado a reposo prolongado y falta de movilización que afecta los sistemas: cardiopulmonar, neuromuscular osteomuscular y tegumentario, lo que genera una disminución en la capacidad funcional que conlleva repercusiones multisistémica, afectando negativamente a la salud del mismo, repercutiendo en: mayor tiempo de estancia hospitalaria, drogas más específicas, mayor número de recursos humanos por la gran dependencia, y por ende mayor costo.

El desacondicionamiento físico afecta al cien por ciento de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y se puede observar sus efectos y complicaciones a partir de las 24 horas de internación, causando un retraso en la recuperación de la persona. Los estudios realizados han demostrado que la actividad física moderada es benéfica en la recuperación de los procesos inflamatorios asociados a la inmovilidad y mejora los niveles de fuerza muscular. También han demostrado que la movilización en forma precoz durante la estancia en UCI es segura y factible, causando una posible reducción de los daños físicos a corto plazo.

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

la atención. Esta situación motiva a que el cuidado debe ser integral tomando en cuenta estos aspectos para contribuir al restablecimiento apropiado con el fin de prevenir complicaciones.

Fortalecer el conocimiento del grupo de enfermería, permitirá mejorar el nivel de atención brindado al paciente crítico en la unidad de cuidados intensivos, optimizando la relación enfermera- paciente, todo esto fundamentado en el cuidado holístico del ser humano, por ende, el cuidado y las intervenciones de enfermería es el eje de nuestra profesión, debe ser aplicado a través de una metodología científica, basada en teoría que lo sustenten.

Este tipo de pacientes necesitan unos cuidados específicos que se aborden desde la prevención de los riesgos que la falta de actividad conlleva, por tal razón que estos cuidados deben realizarse de manera adecuada y oportuna en busca de minimizar secuelas que deterioren en el paciente su capacidad funcional y retarden su rehabilitación a causa del reposo terapéutico, evitando complicaciones en sistema muscular como la reducción de la fuerza muscular, reducción de la resistencia, atrofia muscular, formación de úlceras de presión. La inmovilización prolongada produce cambios sistémicos asociados como tromboembolismo, atelectasia, contracturas y debilidad muscular.

A través de este trabajo se pretende fortalecer el cuidado brindado por el personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos de la institución orientando su esfuerzo y dedicación a la recuperación de la capacidad funcional de los pacientes, permitiendo la independencia en el menor tiempo posible

Para contribuir a mejorar el cuidado, percibo la necesidad de la implementación de un protocolo de cuidado de enfermería al paciente con desacondicionamiento físico, que esté al alcance de todo el equipo de salud.

III. MARCO TEORICO

3.1. Conceptos principales

3.1.1. Conocimiento

“El conocimiento es un conjunto de información almacenada mediante la experiencia o el aprendizaje, o a través de la introspección. En el sentido más amplio del término, se trata de la posesión de múltiples datos interrelacionados que, al ser tomados por sí solos, poseen un menor valor cualitativo. Para el filósofo griego Platón, el conocimiento es aquello necesariamente verdadero. En cambio, la creencia y la opinión ignoran la realidad de las cosas, por lo que forman parte del ámbito de lo probable y de lo aparente. Cabe recalcar que, el principal conocimiento que debe enfocarse el Profesional en Enfermería es en el científico, ya que éste nos lleva a obtener con precisión lo que vamos a ejercer en la práctica, al realizar técnicas basadas con la teoría real en la actualidad”. (5) □

Conocimientos de enfermería:

La enfermería como una disciplina profesional, contiene dimensiones históricas, antropológicas, filosóficas, valores propios, principios éticos y un marco legal, que la lleva a poseer un conocimiento propio que respalden la práctica. Las disciplinas profesionales representan en general, ciencias aplicadas más que puras. Se sustentan en las ciencias básicas para derivar de ellas su conocimiento con el fin de lograr utilidad social. El actual estado de estructuración del conocimiento de enfermería viene dado por el cuidado que ha sido una actividad que durante siglos ha carecido de sistematización conceptual, de interés en la búsqueda de fenómenos a los cuales hay que dar una explicación, e incluso carece de una sólida tradición historiográfica que nos permita hoy en día reconstruir nuestro pasado desde las fuentes primarias.

- **Medición del conocimiento** la medición es un proceso básico de la ciencia que consiste en comparar un patrón seleccionado con el objeto o fenómeno cuya magnitud física se desea medir para ver cuántas veces el patrón está contenido en esa magnitud, los procesos de medición pueden hacerse a través de dimensiones geométricas, experimentos en términos numéricos de cantidad, niveles o grados y una forma puede ser:
 - Bueno: alude a aquello que cumple con los requisitos o particularidades cognitivas y prácticos esperadas en la situación que se desarrolle
 - Regular: es todo lo que posee una condición media, no alcanza la excelencia, ni un buen nivel cognitivo- práctico
 - Deficiente: cuando hay una carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con una mala interpretación de la información, limitación cognitiva, falta de interés en el aprendizaje y poca familiaridad con los recursos para obtener información

3.1.2. Habilidades de enfermería

Según la Real Academia Española, se entiende la habilidad como la capacidad de alguien para desempeñar de manera correcta y con facilidad una tarea o actividad determinada, de esta manera se trata de una forma de aptitud específica para una actividad puntual, sea de índole física, mental o social. Estas habilidades son:

- Autoconocimiento, a nosotros mismos y saber cómo somos y como reaccionamos
- Empatía, capacidad para percibir, entender e incluso compartir los sentimientos ajenos
- Toma de decisiones, la capacidad de decidir, rápida o pausadamente, pero eligiendo el criterio más conveniente dadas las opciones presentes
- Pensamiento creativo, capacidad de hallar soluciones innovadoras a los problemas y de expresar contenidos profundos mediante símbolos, signos y formas originales

3.1.3. Cuidado de enfermería

Cuidar es una acción esencial que se realiza para proteger, mejorar y preservar a la humanidad, apoyando a la persona durante la comprensión de su enfermedad, sufrimiento y dolor, para adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuidado, para ello es necesario que la profesional de enfermería lo desee, lo viva, lo quiera y lo necesite, considerando las dimensiones emocionales y morales de la salud y enfermedad, en un vínculo empático con el paciente profundizando en el alcance y las raíces de la dignidad humana.

El cuidado de enfermería, es un proceso recíproco, interactivo e interpersonal que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que otorga el cuidado por eso el enfermero debe generar la facilidad y disponibilidad para acercarse al otro, tener tiempo para escucharlo, comunicarse amablemente y con empatía. Esta acción abarca conceptualizar todas las esferas de la salud con un enfoque biopsicosocial y espiritual, a fin de mantener las necesidades que no pueden ser cubiertas por los pacientes.

El cuidado, se puede definir también como “un acto de vida cuyo significado está en desarrollar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en proceso de salud- enfermedad, con el objeto de suplir las funciones o enfrentar el proceso del padecimiento. Es la base fundamental del quehacer del profesional de enfermería, por tanto, su planeación debe ser individualizada y orientada a buscar la satisfacción de las necesidades de quien demanda sus servicios, estableciendo una relación enfermera- paciente de respeto hacia sus creencias y costumbres.

3.1.4. Paciente crítico

Son aquellas personas que tienen alteraciones fisiopatológicas que comprometen de forma inesperada su vida, y requieren un sitio especial para su atención y cuidado más continuo por su inestabilidad.

3.1.5. Unidad de cuidados intensivos

Es un servicio de alta complejidad cuyo objetivo es brindar un cuidado integral a aquellas personas en condiciones críticas de salud, que fueron internados allí, bien sea por un trauma.

3.2. Definición

Pardo, Ruiz Jorge; (6) El síndrome de desacondicionamiento es multicausal y engloba alteraciones funcionales en diversos sistemas del organismo, Se define el síndrome de desacondicionamiento físico, como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada; las alteraciones metabólicas se comienzan a observar en las primeras 24 horas de inmovilización.

“Este síndrome se caracteriza por atrofia muscular de las fibras tipo I, fatiga muscular por menor capacidad oxidativa de la mitocondria, baja tolerancia al déficit de oxígeno y mayor dependencia de metabolismo anaerobio. Si permanece inmovilizado por tres semanas pierde el 50% de fuerza muscular; se acompaña de cambios metabólicos importantes consistentes en pérdida aumentada de nitrógeno ureico de 2 a 12 g/día, pérdida de calcio de hasta 4 g/día y balance negativo de sodio, potasio y fósforo; luego de 8 semanas de inmovilidad se desarrolla intolerancia a carbohidratos y pérdida del 16% de masa ósea; mayor riesgo para desarrollar trombosis venosa profunda, hipotensión ortostática, úlceras de presión y anquilosis articular por pérdida de agua, glucosaminoglicanos, aumento en degradación y síntesis de colágeno peri articular” (7)

El reposo prolongado en cama, especialmente en ancianos produce múltiples cambios y complicaciones, puede suceder a cualquier edad, pero los adultos mayores son los que están en mayor riesgo de inmovilización por su declinación biológica normal.

Se define como inmovilismo el descenso de la capacidad para desempeñar actividades para la vida diaria por deterioro de las funciones motoras. El síndrome de inmovilización se da en una persona, que solía ser independiente en sus

actividades, como consecuencia de la inactividad prolongada y permanencia en cama, independientemente de la enfermedad que lo haya llevado a ese estado.

El síndrome de inmovilización es la suma de los daños que aparecen en el organismo como consecuencia de la falta de movimiento

Existen algunos **factores** que influyen sobre la magnitud del cambio dentro de los cuales los más sobresalientes son:

- Severidad de la enfermedad o lesión,
- Duración del periodo de reposo,
- Patología concomitante como diabetes, desnutrición, etc.,
- Reserva cardiovascular, ➤ Edad y sexo.

3.3. Fisiopatología

“Según algunos investigadores, la confluencia de varios factores como el uso de corticosteroides, los bloqueantes neuromusculares, la inmovilización y la sepsis, entre otros contribuyen a que se generan trastornos neuromusculares, por los tanto las vías por las cuales se producen estos trastornos serán diversas” (3)

a). Sedantes: los agentes sedantes tienen múltiples efectos adversos conocidos, como las depresiones miocárdica y respiratoria, la inestabilidad hemodinámica, el incremento del riesgo de tromboflebitis, úlceras por decúbito y polineuropatía. Además, la sedación profunda conduce a inmovilización prolongada, por los que puede producir debilidad severa por trastornos nerviosos y/o musculares.

b). Inflamación sistémica: diversos estudios sobre la enfermedad neuromuscular en el paciente críticamente enfermo han identificado la corrección entre la debilidad muscular adquirida en la UCI con el síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, la sepsis y la disfunción multiorgánica.

c). Corticosteroides: la relación entre el uso de agentes corticoides y los trastornos neuromusculares es controversial. Varios autores han encontrado una asociación significativa entre el uso de Corticosteroides y el desarrollo de debilidad muscular adquirida. En modelos animales, la administración de Corticosteroides puede producir atrofia muscular selectiva, particularmente en las fibras rápidas.

d). Bloqueadores neuromusculares: Se han reconocido ampliamente la asociación entre los agentes bloqueadores neuromusculares y la debilidad por trastornos neuromusculares. El mecanismo por el cual se podría producir es por un efecto persistente del medicamento tal como ocurre con los agentes o sus metabolitos que se acumulan cuando existe disfunción renal o hepática. Otra explicación involucra a pacientes con asma aguda y falla ventilatoria quienes son tratados con alta dosis de Corticosteroides en combinación con los bloqueadores neuromusculares.

e). Ventilación mecánica: Se ha encontrado que la duración de la ventilación mecánica puede ser un factor de riesgo independiente de la duración de la falla multiorgánica, que podría determinar la severidad de la debilidad muscular. Esto es debido a que en muchas ocasiones las modalidades ventilatorias aplicadas o la misma patología pulmonar, requieren que el paciente este sedado y/o relajado. Otro factor importante relacionado con la ventilación mecánica es la pérdida de la fuerza en los músculos respiratorios, tanto por atrofia de los mismos como por daño en las miofibrillas, que se da por el desuso, cuando se instauran modos controlados.

f). Hiperglicemia: La debilidad muscular asociada con altos niveles de glucosa ha sido demostrada en pacientes críticamente enfermos con falla multiorgánica y los efectos periféricos de la hiperglicemia crónica sobre el sistema nervioso central son conocidos. El mecanismo generador parece estar relacionado con la activación del glicolisis y la fosforilación oxidativa, que incrementa la captación pasiva de glucosa y de la generación y/o capacidad del sistema de captar las

especies reactivas de oxígeno, lo que puede desencadenar daño mitocondrial de los diversos tejidos.

g). Inmovilización: “La inmovilización desencadena una serie de alteraciones metabólicas desde las primeras 24 horas y se caracteriza por la atrofia de las fibras musculares tipo I, la fatiga muscular por menor capacidad oxidativa de la mitocondria, la baja tolerancia al déficit de oxígeno y una mayor dependencia de metabolismo anaeróbico. Si la inmovilización se perpetúa por tres semanas, se pierde el 50% de la fuerza muscular, y ocurren cambios metabólicos consistentes en pérdida de nitrógeno ureico, de 2 a 12 g. x día, pérdida de calcio hasta 4 g. por día y balance negativo de sodio, potasio y fosforo. Luego de 8 semanas de inmovilidad se desarrolla intolerancia a carbohidratos y pérdida del 16 % de masa ósea, mayor riesgo de trombosis venosa profunda y de los volúmenes y capacidades pulmonares” (3)

3.4. Manifestaciones clínicas: según (Pardo, Ruiz) (6)

Sistema nervioso

- Neuropatías por atrapamiento
- Deprivación sensorial
- Incoordinación, alteraciones del patrón del sueño
- Tendencia a la depresión
- Pérdida de memoria inmediata

Sistema muscular

- Atrofia muscular
- Debilidad muscular
- Disminución a la tolerancia al ejercicio
- Resistencia a la insulina

Sistema esquelético

- Osteoporosis
- Fibrosis y anquilosis articular

Sistema cardiovascular

- Aumento de la frecuencia cardiaca en reposo
- Disminución volumen de eyección
- Atrofia del musculo cardiaco
- Hipotensión ortostática
- Flebotrombosis

Sistema respiratorio

- Disminución de la capacidad vital
- Disminución de la ventilación voluntaria máxima

- Alteración del mecanismo de la tos
- Incoordinación neumofónica

Sistema gastrointestinal

- Constipación
- anorexia

Sistema genitourinario

- Aumento de la diuresis
- Hipercalciuria
- Litiasis renal
- Incontinencia por rebosamiento
- Aumento de infecciones urinarias
- Disminución filtración glomerular

Sistema endocrino

- Intolerancia a la glucosa
- Disminución hormona paratiroidea
- Aumento de la actividad de renina plasmática
- Aumento de la secreción de aldosterona

Metabolismo y nutrición

- Aumento de la excreción de nitrógeno
- Aumento de la excreción de calcio
- Aumento de la excreción de fosforo

Sistema tegumentario

- Ulceras por presión
- Edema
- Bursitis subcutánea

3.5. Alteraciones por Sistemas

Sistema Nervioso

Pardo, Ruiz; (6) Se presentan alteraciones tanto en el sistema nervioso central como periférico, trastornos emocionales y de la conducta con tendencia a la depresión, aislamiento y déficits intelectuales manifestados por pérdida de la memoria reciente, trastornos del patrón de sueño, labilidad autonómica, e incoordinación.

Otra complicación frecuente son las neuropatías periféricas por atrapamiento. La más frecuente, la del nervio peroneal a nivel de la cabeza del perón, siguiendo en frecuencia el atrapamiento del nervio cubital en el codo.

Sistema muscular

Se manifiesta por debilidad muscular generalizada, atrofia muscular, disminución de la tolerancia al ejercicio, resistencia a la Insulina y cambios metabólicos.

Los estudios de Mueller han demostrado que una persona en reposo en cama pierde entre 1 a 1,5 la fuerza de torque por día en las dos primeras semanas, que corresponde aproximadamente a una pérdida entre el 10 al 20% por semana; la pérdida es mayor en la primera semana de inmovilización. Los músculos antigravitatorios como los gastrocnemios y paraespinales son los que m/s rápido se debilitan y se atrofian, siendo los menos afectados los músculos pequeños como los intrínsecos de manos, lo que se ha correlacionado en los estudios de biopsia muscular donde se observa atrofia predominantemente de fibras tipo I.

La inmovilización conlleva a una disminución en la producción de ATP, menor utilización de glicógeno y disminución en la síntesis proteica.; estas alteraciones metabólicas se comienzan a observar en forma muy temprana en las primeras 6 horas de inmovilización. Cuando se reanuda la actividad física se requiere entre

2 a 3 veces el tiempo de inmovilización para la recuperación de la fuerza y del trofismo muscular.

Sistema Esquelético

a). Osteoporosis: El hueso normalmente se encuentra en un estado de equilibrio dinámico entre la formación y la resorción. Este estado está influenciado por el estrés que exista sobre el hueso, conocida como la ley de Wolff. El soporte de peso es el principal estrés que favorece la formación de hueso, el estrés generado por la actividad muscular también favorece la formación ósea.

Durante la inmovilización se pierde este estrés y esto lleva a aumentar la reabsorción ósea (actividad osteoclástica) causando osteoporosis. Estos cambios metabólicos se presentan en forma temprana a partir de las primeras 30 horas de inmovilización. Se ha calculado que se pierde un 1% del contenido mineral óseo vertebral por semana.

Fibrosis y anquilosis articular: La inmovilización induce en el cartílago cambios degenerativos con áreas de necrosis y erosión, debido a cambios en el balance de los proteoglicanos. Se acompaña de contracturas de los tejidos conectivos extra-articulares que eventualmente pueden llevar a anquilosis de la articulación, estos cambios se inician en las primeras dos semanas de inmovilización

Sistema Cardiovascular

La inmovilidad prolongada lleva a importantes cambios cardiovasculares. El primero de ellos es un aumento en la frecuencia cardíaca en reposo. La razón de este aumento es poco clara, pero parece estar dada por un mal balance en la función del sistema nervioso autónomo.

Después de un periodo de inmovilización, la respuesta cardiovascular al ejercicio se altera. El desacondicionamiento causa un aumento mayor de la frecuencia cardíaca a cualquier nivel de ejercicio, la respuesta de la frecuencia cardíaca a

un ejercicio submáximo después de tres semanas de reposo en cama puede ser 30 a 40 latidos por minuto, mayor que la esperada. Con estos cambios en la frecuencia cardiaca el período diastólico de llenado del ciclo cardiaco se acorta y se disminuye la perfusión miocárdica.

a) Hipotensión ortostática:

la posición en decúbito produce un cambio en el volumen sanguíneo dentro del tórax, contrariamente, la posición de pie aumenta el volumen sanguíneo en las extremidades inferiores. Esto causa una caída inmediata del retorno venoso con la consecuente disminución del volumen de eyección y del gasto cardiaco. En una persona normal se produce una vasoconstricción, un aumento de la frecuencia cardiaca y un aumento de la presión arterial sistólica compensatorias. La persona que ha estado inmovilizada pierde esta capacidad de adaptación y desarrolla hipotensión ortostática, puede deberse en parte a alteración del reflejo barorreceptor carotídeo.

Cuando una persona desacondicionada se levanta hay un aumento anormal de la frecuencia cardiaca hasta de 37 latidos por minuto y esto se acompaña de signos y síntomas de hipotensión ortostática como mareo, náusea, sudoración, palidez, taquicardia y caída de la presión sistólica. En casos severos puede ocurrir síncope y angina. La mayoría de estos efectos ocurren en los primeros 4 a 7 días de inmovilización y se desarrollan más rápidamente en pacientes ancianos.

b) Flebotrombosis:

La triada de Virchow señala tres factores que contribuyen a la formación de coágulos: Factores intrínsecos de la sangre, Lesión de la pared del vaso, y Estasis del flujo sanguíneo.

La inmovilidad causa estasis sanguínea por la disminución del efecto de bomba normalmente generado por la contracción de los músculos gastrocnemios favoreciendo la flebotrombosis. También se ha observado que la inmovilidad

aumenta la viscosidad sanguínea. La flebotrombosis aumenta el riesgo de tromboembolismo pulmonar en el paciente inmobilizado.

Sistema Respiratorio

Se observa una disminución de la capacidad vital con un patrón restrictivo por compromiso de la musculatura intercostal y contracturas en articulaciones costoesternales. Hay una disminución de la ventilación voluntaria máxima y cambios regionales en el patrón de ventilación perfusión que predisponen a infecciones respiratorias y a atelectasias. También se presenta alteración del mecanismo de la tos siendo esta inefectiva para la movilización de secreciones e incoordinación neumofónica responsable de la disfonía algunas veces observada en estos pacientes.

Sistema Gastrointestinal

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

Sistema Genitourinario

El principal problema que se presenta es la estasis urinaria y la formación de cálculos. La evacuación es más difícil en posición supina llevando esto a un aumento en el volumen residual; la falta de la fuerza de la gravedad también favorece este fenómeno, aumentando la frecuencia de infecciones urinarias y en casos severos a incontinencia por rebosamiento.

El aumento de la excreción de calcio conjuntamente con la estasis urinaria predispone a la formación de cálculos renales.

Sistema Endocrino

La inmovilidad prolongada causa una disminución en la tolerancia a la glucosa, por cambios en la sensibilidad muscular periférica a la insulina circulante.

Otro efecto de la inmovilización en el sistema endocrino es la disminución de la hormona paratiroidea y la disminución en la absorción intestinal del calcio.

Existe un aumento en la excreción de hidrocortisona urinaria, aumento de la actividad plasmática de la renina, aumento en la secreción de aldosterona, alteración en la producción de hormona del crecimiento y alteración en la espermatogénesis y en la secreción de andrógenos por excreción urinaria en forma casi paralela con la pérdida de musculo. La pérdida se inicia a los 5 a 6 días de inmovilización y alcanza su pico a la segunda semana. Cuando se reasume a la actividad física inicialmente se continúa perdiendo nitrógeno por una semana, luego se inicia un periodo de retención de nitrógeno alcanzando su pico a la cuarta semana de haberse reiniciado la actividad

a). Calcio: existe una perdida aumentada de calcio durante la inmovilización, el calcio se excreta por vía urinaria y por las heces, esta excreción aumentada se comporta en forma paralela con la pérdida ósea mencionada anteriormente. La excreción urinaria de calcio se aumenta a partir de 2 a 3 días de inmovilización, con un pico hacia las 3 a 7 semanas cuando alcanza 2 veces la excreción normal. Cuando se reasume la actividad física la excreción de calcio regresa a un periodo de 3 semanas a niveles normales

b). Fosforo: la pérdida se inicia en la primera semana de inmovilización y alcanza su pico hacia la tercera semana. Cuando se reasume la actividad física la excreción urinaria de fosforo regresa en un periodo de 3 semana a niveles normales.

Sistema Tegumentario:

La formación de úlceras por presión en los pacientes inmovilizados se considera que es un problema de salud pública por su alta incidencia y sus altos costos sociales y económicos

Los pacientes con alteraciones sensitivas en la piel o con estados mentales alterados tienen mayor riesgo para desarrollar úlceras por presión

La presión sanguínea capilar es de 30mmhg. La posición sedente produce una presión mayor a esta sobre las tuberosidades isquiáticas, lo mismo ocurre sobre la región sacra durante la posición supina. Estas presiones ocluyen completamente los capilares en las áreas de contacto, si esta oclusión se presenta por un tiempo prolongado va a producirse necrosis de la piel

Intrínsecos	Extrínsecos
Compromiso del estado mental	Presión
Edad avanza	Duración de la presión
Atrofia muscular y cutánea	Humedad
Cicatrices	Incontinencia urinaria
Edema	Maceración cutánea
Desnutrición	Inmovilidad
Obesidad	
Infección	

Fuente: Ruiz JP.

3.6. Prevención:

“Para prevenir y corregir estas alteraciones, es absolutamente necesario iniciar un programa de rehabilitación en forma concomitante con el programa de soporte metabólico y terapia nutricional, asegurando una mejor utilización de los nutrientes que se les están aportando a estos pacientes” (3)

Se utilizan unas tablas de gasto calóricos según actividad contempladas en las diferentes fases del programa de tratamiento, con el fin de informar al grupo de soporte nutricional que cantidad de energía se está consumiendo durante el mismo; estos gastos calóricos están calculados en calorías/minuto

ETAPA I A: se inicia en pacientes en estado de coma o sedación o bajo efectos profundos de sedación y o relajación

ETAPA I B: está diseñada para aquellos pacientes consientes que están confinados en cama

ETAPA II A: pacientes con capacidad de deambular que puedan ser llevados al servicio de rehabilitación

ETAPA II B: pacientes con capacidad de deambular que pueden ser llevados al servicio de rehabilitación

ETAPA III: se lleva a cabo en las instalaciones del servicio de medicina física y rehabilitación, primordialmente mejorar la resistencia al ejercicio y la completa independencia en sus actividades básicas cotidianas

ETAPA IV: es la fase final, el paciente asiste como paciente externo al servicio de medicina física y rehabilitación, busca la reincorporación del paciente a todas sus actividades familiares, laborales y recreativas.

3.7. Marco Contextual

A. Historia del Instituto Nacional del Tórax

Lethierre (8) La concepción de un instituto dedicado a las enfermedades del tórax surge en la paz luego de la guerra del chaco, a partir de un precario hospital broncopulmonar que funcionaba en el área de la actual plaza Bolivia, luego se concibe un proyecto impulsado por don Florentino Mejía, el Dr. Julio Manuel Aramayo ministro de salud del presidente Víctor Paz Estensoro en primera gestión de gobierno, quienes tuvieron activa participación en el proceso. La estupenda orientación del edificio fue diseñada por el padre Cabré, Director del Observatorio Astronómica, mirando hacia el noroeste ubicado al fondo del hospital general.

B. Generalidades

a) Año de construcción: inauguración fue 9 de abril de 1959, el funcionamiento fue desde 20 de diciembre de 1959

b) Remodelación:

Se realizaron remodelaciones parciales a unidades específicas en los últimos años:

- Quirófanos 2017
- Laboratorio clínico 2016
- Ecografía y electrocardiografía 2016
- Bacteriología 2015
- Cardiología y neumología 2015

c) Departamentalización del instituto:

Números de cama censables:

- 78 camas funcionales
- 3 camas no funcionales

Números de servicios de internación

- 3 servicios (cardiología, cirugía y neumología)

Números de quirófanos

- 2 Quirófanos, uno para patologías cardiovasculares y otra para patologías neumológicas y torácica

Números de cama en terapia intensiva

- 4 Camas armadas y funcionales en terapia intensiva
- 1 Cama para pacientes infectocontagiosos y/o pacientes postquirúrgicos
- Capacidad total de 6 pacientes
- Número de pacientes aproximadamente 35 por mes

Servicio Unidad de cuidados intensivos: personal

- Número de Profesionales de enfermería total 12 personas
- Numero de Auxiliares de enfermería 2 personal por turno
- Medico de planta en total 1 por día
- Médicos residentes de primer, segundo y tercer año
- Personal de apoyo, internas de enfermería, licenciadas realizando pasantías y estudiantes de auxiliar de enfermería

3.8. Antecedentes

3.8.1. conocimientos y habilidades del personal de salud en el síndrome de desacondicionamiento físico a nivel mundial

“Tras la celebración de los últimos juegos olímpicos, países como estados unidos, empiezan a utilizar términos como “desacondicionamiento físico” o “inactividad física” como si se tratara del diagnóstico de una patología crónica y la prescripción del ejercicio sería el medicamento más recomendable, por lo que existe más de 100 estudios epidemiológicos que han examinado la asociación entre la actividad física y el riesgo de la mortalidad, con una reducción de 30 % de riesgo entre las personas activas durante un periodo determinado “ (9)

3.8.2. conocimientos y habilidades del personal de salud en el síndrome de desacondicionamiento físico en otros países

Bogotá Colombia, “La inmovilización prolongada en UCI constituye un factor de riesgo asociado a complicaciones a afecta a los sistemas: cardiopulmonar, neuromuscular, osteomuscular y tegumentario, lo que genera una disminución de la capacidad funcional. Particularmente el alto grado de inmovilidad conlleva a desarrollar el SDF en el paciente crítico, la inmovilización genera una serie de cambios a nivel multisistémica los cuales se ven reportados en cada uno de los sistemas corporales” (1)

En la lectura del artículo es importante mencionar que la inmovilidad puede influir en la recuperación del paciente debido a los cambios sistémicos y los costos por la estancia prolongada en la UCI, afectando en nuestro medio considerablemente a las clases sociales medias y bajas

Cerón, María Carolina; Tamayo, Gladys. (10) En la revista colombiana de rehabilitación, proponen la importancia de la fisioterapia en el desacondicionamiento físico a nivel osteomuscular y tegumentario de usuarios que ingresan a la unidad de cuidados intensivos de la clínica Emcosalud, Neiva. Previniendo las complicaciones por inmovilidad y la movilización temprana con el de restablecer la funcionalidad. En este estudio se identificaron los cambios en el

sistema osteomuscular como las deformidades, la pérdida de la flexibilidad y de movilidad articular, trofismo relacionado con la debilidad generalizada

Este artículo muestra la importancia de la movilidad en el paciente, destacando al fisioterapeuta como primer profesional que realice las actividades de acuerdo a las patologías del paciente, y que es de vital importancia el conocimiento de los demás profesionales para la prevención de complicaciones

Cardona Eliana maría, (1) En el país de Colombia en un estudio realizado sobre Pacientes con estancia prolongada, llegan a la conclusión que Según Pardo (2001), los pacientes en estado crítico o con inmovilización prolongada, sufren cambios importantes a nivel estructural, uno de estos es la atrofia muscular, generada por el compromiso de las fibras tipo I, la fatiga muscular por menor capacidad oxidativa de la mitocondria, baja tolerancia al déficit de oxígeno y mayor dependencia del metabolismo anaeróbico. A partir de esta definición, se puede dar importancia a la evaluación realizada a nivel del trofismo, donde se encontró que la zona con mayor cambio en cuanto a pérdida de masa muscular fue el muslo, con calificación de leve y moderada, la cual mejoró al realizar la aplicación de las técnicas de Fisioterapia. De esta manera se puede corroborar lo expuesto por Pardo, quien describe la importancia de un programa de intervención Fisioterapéutica que minimice las consecuencias del reposo prolongado en cama y la falta de movilidad, generando el síndrome del Descondicionamiento físico.

En la ciudad de Bogotá, en un estudio realizado sobre las alteraciones asociadas al síndrome de descondicionamiento físico del paciente crítico, se llegó a la conclusión que en la unidad de cuidados intensivos algunos pacientes pueden desencadenar trastornos, ocasionando descondicionamiento físico del paciente crítico, causado por el reposo, el desuso y la inmovilidad prolongada. Esto genera una limitación, deficiencia y discapacidad aumentando su estancia en UCI. (1)

3.8.3 conocimientos y habilidades del personal de salud en el síndrome de desacondicionamiento físico en Bolivia

“En Bolivia se hizo un estudio sobre los aspectos bioéticos en la atención de los pacientes de las unidades de cuidados intensivos por el doctor Oscar Vera, destinada al logro de los objetivos definidos por la Federación Mundial de Sociedades de Medicina Intensiva para el paciente crítico que son: a) mantener una vida de calidad; b) aliviar el sufrimiento; c) evitar riesgos de este grupo de pacientes; d) restaurar la salud y d) Respetar los derechos de los pacientes, la bioética demanda al especialista en Medicina Crítica y Terapia Intensiva, que la valoración estrictamente técnica de los "hechos" científicos sea complementada con la estimación paralela de los valores acompañantes, públicos e individuales. La adición de estos "valores" trata de conseguir una mayor calidad en la prestación de servicios en salud.” ⁽¹²⁾

En la búsqueda de literatura sobre el tema, no se encuentran con exactitud estudios que determinen específicamente la incidencia y prevalencia de desacondicionamiento en Bolivia, Las investigaciones disponibles son específicas sobre algunos de los elementos que lo conforman, tales como la debilidad muscular, las miopatías y las polineuropatías, entre otras, dentro de los más comunes

I.V. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Enfermería es una profesión competente compleja, que se encarga de brindar atención especializada y cuidados a la persona enferma o sana, sus actividades están designadas a satisfacer con eficiencia y eficacia las necesidades

En Latinoamérica la enfermería, ha desarrollado iniciativas para investigar y definir estrategias para promover la seguridad de los pacientes que de acuerdo a la pionera Florence Nightingale, aseguraba que la primordial preocupación de la enfermería era la calidad de los cuidados proporcionados a los pacientes

Uno de los requisitos indispensables que una entidad de salud exige de sus funcionarios, es el nivel de eficiencia en base a conocimientos sobre los cuidados al momento de realizar sus funciones laborales, el mismo que se reflejado en el grado de satisfacción del paciente como lo asegura la OPS organización panamericana de salud. Sin embargo, las deficiencias y errores en la atención de salud pueden tener consecuencias a menudo devastadores para los usuarios y sus familias, debido a las lesiones daños, enfermedades y muertes por estas causas, realidad a la que las enfermeras no están ajenas

Por esta razón, La profesional en enfermería está en constante actualizaciones en la búsqueda de mejora en la atención de salud, y la aplicación de los cuidados específicos e individualizados, es quien debe guiar en la atención de los pacientes con desacondicionamiento físico y prevenir las complicaciones

En la actualidad vemos como la estancia hospitalaria de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos UCI, se prolonga por la sedación e inmovilidad, por lo cual aumentan las secuelas, limitando aún más a los pacientes y por ende incrementan los costos en salud

El Instituto Nacional del Tórax, cuenta con el servicio de Cuidados Intensivos polivalente, en el que se realizan prácticas clínicas propias del curso de especialidad, donde se identificó entre muchos problemas, complicaciones causadas por el reposo prolongado, mismas que se manifestaron ya durante la primera semana de internación como ser: a nivel sistema tegumentario úlceras

por presión con mayor frecuencia en zonas sacras, glúteos, plantar de los pies y edemas en miembros inferiores y superiores; a nivel gastrointestinal, constipaciones frecuentes con disminución de ruidos hidroaéreos; a nivel de sistema nervioso, depresión con menor esperanza a la recuperación; a nivel musculo esquelético, debilidad muscular y anquilosis articular con tono y trefismo disminuido; a nivel cardiorrespiratorio, disminución de la capacidad vital e inestabilidad hemodinámica; a nivel genitourinario, aumento de la diuresis. Si bien, un paciente crítico tiene ciertas alteraciones por su patología de base, que evidentemente se mantienen en reposo por el tipo de tratamiento y gravedad, no limita sus cuidados en lo referido, tal como refiere la bibliografía (síndrome de desacondicionamiento físico), porque estos aspectos hacen que se prolongue más tiempo de estancia, y demandan intervención de otras especialidades para su tratamiento y rehabilitación. Ante la intervención en procura de tratar de cuidar estos problemas, el personal de enfermería indica no ser relevante, y que las complicaciones son normales que se presenten no habiendo forma de evitarlos y serán tratadas posteriormente, lo que me motiva a realizar este trabajo.

La profesional de enfermería cumple con la atención correspondiente dirigido a la patología de base, pero no enfatiza los cuidados para la prevención del síndrome de desacondicionamiento físico, esta unidad de cuidados intensivos no cuenta con los equipos necesarios, siendo importante para la implementación de medidas cinéticas y de posicionamiento en las unidades de cuidados intensivos, ya sea de forma pasiva o activa según el estado del paciente.

a. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los conocimientos y habilidades del profesional en enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del tórax, tercer trimestre gestión 2019?

V. ESTRUCTURA DE OBJETIVOS

a. Objetivo General

Determinar los conocimientos y Habilidades del profesional en enfermería en el cuidado de los pacientes con descondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, en el Instituto Nacional del Tórax en tercer trimestre Gestión 2019.

b. Objetivo Específicos

- Identificar datos demográficos del personal profesional de enfermería en el cuidado de los pacientes con descondicionamiento físico
- Identificar habilidades y destrezas por el personal profesional de enfermería en el cuidado del paciente con síndrome de descondicionamiento físico
- Identificar conocimientos del personal profesional de enfermería en el cuidado de los pacientes con descondicionamiento físico

VI. DISEÑO METODOLÓGICO:

6.1. Tipo de estudio:

La investigación tiene el enfoque cuantitativo y cualitativa, descriptivo de corte transversal porque se recogen los datos por única vez, sobre el síndrome de descondicionamiento del paciente crítico

- **Descriptivo:** porque una vez obtenida la información se representará los resultados según la ocurrencia de los hechos
- **Corte Transversal:** porque la información que se obtendrá respecto a las complicaciones asociadas al síndrome de descondicionamiento físico, será en un tiempo determinado

6.2. Área de estudio:

El hospital del tórax es una institución de tercer nivel de atención en salud, está ubicado en la ciudad de la paz, avenida Saavedra N°..., zona Miraflores, que presta servicios en las especialidades cardiología, neumología, cirugía y terapia intensiva

6.3. Universo y muestra

a) Universo

En el servicio de la unidad de cuidados intensivos adultos, cuenta con un total de 12 licenciadas en enfermería en los turnos mañana, tarde, noche y fin de semana

b) Muestra:

Por ser un número reducido se tomó a 8 profesionales que trabajan en la unidad de cuidados intensivos que, sí aceptaron la participación en el estudio, igual a 75%

- c) **Tipo de muestra:** No probabilístico por conveniencia

6.4. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión fueron los siguientes

- Licenciada en enfermería con antigüedad mayor o igual a 6 meses
- Profesionales reemplazantes con experiencia en terapia intensiva
- Profesionales en enfermería que acepten participar en la presente investigación

Los Criterios de exclusión fueron los siguientes

- Personal que se niegue a participar a la investigación
- Personal con baja médica y vacación
- Personal esporádico de enfermería por requerimiento
- Otros profesionales como médicos, auxiliares de enfermería etc.

6.5. Variables

a) Variables Dependientes

- Conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de desacondicionamiento físico

b) Variables independientes

- Cuidados de enfermería
- Conocimientos de enfermería
- Habilidades de enfermería

6.6. Operacionalización de variables

Variable	Tipo de Variable	Definición	Escala	Indicadores
Turno Laboral	Cuantitativa	Es el tiempo que cada trabajador dedica a la ejecución del trabajo para el cual fue contratado	<ul style="list-style-type: none"> • Mañana • Tarde • Noche • Fin de semana 	Promedio y porcentaje
Experiencia laboral	Cuantitativa ordinal	Es la acumulación de conocimientos prácticos que una persona o empresa ha adquirido en el desempeño de sus funciones	<ul style="list-style-type: none"> • Menor a un año • De 1 a 5 años • Mayor a 10 años 	Promedio y porcentaje
Grado de Formación profesional	Cualitativa ordinal	Por formación profesional se entiende todos aquellos estudios y aprendizajes encaminados a la inserción, reinserción y actualización laboral, cuyo objetivo principal es aumentar y adecuar el conocimiento y habilidades de los actuales y futuros trabajadores a lo largo de toda la vida.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Licenciada en Enfermería 2. Especialista en Medicina crítica y Terapia Intensiva 3. Maestría en Terapia Intensiva 4. Doctorado 5. Otro 	Promedio y Porcentaje
Conocimiento.	Cualitativa Ordinal	Es un conjunto de información almacenada que posee el ser humano mediante la experiencia o el aprendizaje.	<p>¿Qué es el síndrome de desacondicionamiento físico?</p> <p>a) Es la inmovilización prolongada del paciente crítico</p> <p>b) Es el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la</p>	Promedio y Porcentaje

			<p>inmovilización prolongada</p> <p>c) Es la alteración de la conciencia</p> <p>d) Ninguno</p>	
Conocimiento	Cualitativa Ordinal	Es un conjunto de información almacenada que posee el ser humano mediante la experiencia o el aprendizaje.	<p>¿Cuáles son los factores que influyen para el desarrollo del síndrome de desacondicionamiento físico?</p> <p>a) Caídas golpes</p> <p>b) Severidad de la enfermedad, duración del periodo de reposo.</p> <p>c) Edad y sexo</p> <p>d) Todos</p> <p>e) Solo b y c</p>	Promedio y Porcentaje
Conocimiento	Cualitativa Ordinal	Es un conjunto de información almacenada que posee el ser humano mediante la experiencia o el aprendizaje.	<p>¿Cuáles son los sistemas afectados en el paciente crítico por el reposo prolongado?</p> <p>a) Sistema nervioso, musculoesquelético y cardiorrespiratorio</p> <p>b) Sistema nervioso, musculoesquelético, genitourinario, gastrointestinal y tegumentario</p> <p>c) Sistema tegumentario y gastrointestinal</p> <p>d) Sistema tegumentario</p> <p>e) Ninguno</p> <p>f)</p>	Promedio y Porcentaje
			¿Cuáles son los signos y síntomas en el	

			<p>sistema gastrointestinal del S.D.F.?</p> <p>a) Anorexia y constipación</p> <p>b) Diarrea y aumento de apetito</p> <p>c) Náuseas y Vómitos</p> <p>d) Todos</p>	
			<p>¿Cuáles son los signos y síntomas en el sistema tegumentario?</p> <p>a) Heridas a nivel de miembros inferiores b) Ulceras por presión, edema y bursitis subcutánea</p> <p>c) Todos</p> <p>d) Ninguno</p>	
Habilidades	Cualitativa ordinal	Práctica y/o actitud del encuestado.	<p>¿Cada cuánto tiempo realiza cambios de posición al paciente?</p> <p>a) Cada dos horas</p> <p>b) Cada 3 horas</p> <p>c) Por turno</p> <p>d) Solo si está indicado</p> <p>e) Otros:</p>	Promedio y Porcentaje

			<p>¿Realiza el vendaje de miembros inferiores con vendas elásticas?</p> <p>a) Si b). no</p> <p>¿Si la respuesta es (si) responde cada cuánto?</p> <p>a) Todo el día de 8 a 20 b) 24 horas c) Según indicación medica d) Solo en las noches e) No se realiza vendaje</p>	
			<p>13. ¿con respecto a la cabecera del paciente, a cuantos grados maneja la misma?</p> <p>a) A 30 grados b) A 10 grados c) A 45 grados d) A 50 grados e) Según indicación medica</p>	

6.7. Técnicas e instrumentos

METODOS

Métodos teóricos

- a) **Análisis documental:** permite la recopilación de autores acerca del objeto de estudio que se investiga, utilizado en las tres etapas de la investigación, pero principalmente en el marco teórico
la presente investigación se aplicó este método en el marco teórico referente al síndrome de descondicionamiento físico
- b) **Hipotético deductivo:** permite adelantar y verificar las nuevas hipótesis sobre la realidad, establece nuevas predicciones a partir del sistema de conocimientos que tiene
Este método nos ayuda a presentar el conocimiento empírico, referente a la investigación, en el cual adelantamos los resultados mediante la hipótesis

Métodos Empíricos

- a) **Observación:** consiste en saber seleccionar aquello que queremos analizar. Se suele decir que “saber observar es saber seleccionar”, Para la observación lo primero es plantear previamente que es lo que interesa observar. En definitiva, haber seleccionado un objetivo claro de observación.
- b) **Medición:** consiste en observar y registrar minuciosamente todo aquello que el objeto de estudio seleccionado y de acuerdo con la teoría, los registros obtenidos de la medición son datos que se pueden aplicar utilizando operaciones lógico matemáticas, y que pueden pertenecer a la escala nominal, ordinal, de intervalo o de razón

VII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

En las consideraciones éticas se consideró:

7.1. Autonomía: se aplicó el consentimiento informado a las participantes que son las profesionales de enfermería

7.2. Beneficencia: en este aspecto se cuidó que el estudio no afectara al bienestar de los participantes además favorece a los pacientes críticos con reposo prolongado susceptibles a desarrollar el síndrome de desacondicionamiento físico

7.3. Maleficencia: el presente estudio pretender precautelar y evitar las complicaciones del síndrome de desacondicionamiento físico

Los resultados obtenidos se mantendrán en completa confidencialidad sin perjudicar a los profesionales que participaron en la investigación

Para dar inicio al trabajo se solicitó los permisos correspondientes:

- Carta a dirección medica
- Carta a jefatura de enfermería
- Carta a responsable de enseñanza e investigación de enfermería
- Carta a jefatura médica y de enfermería de la unidad de cuidados intensivos

Para aplicación de instrumentos se solicitó la validación por otros profesionales

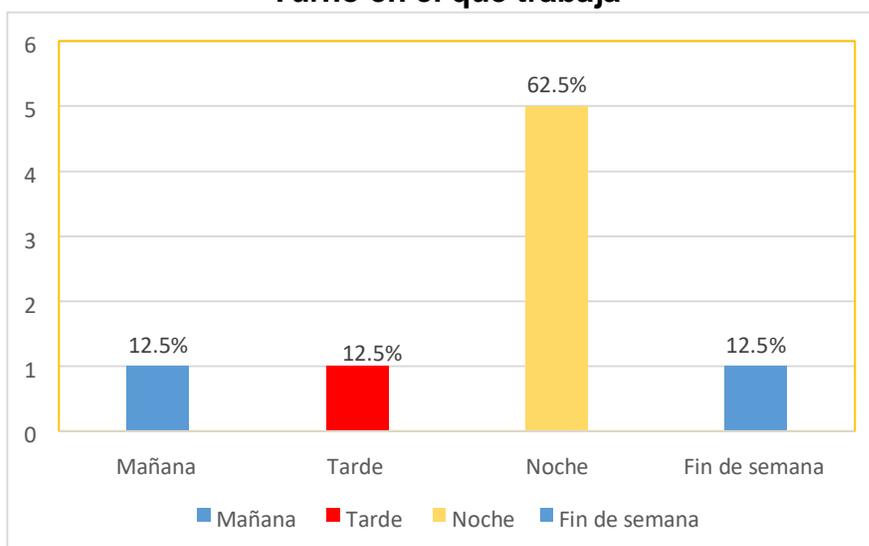
- Carta de validación de instrumentos a aplicar, a tres profesionales expertas en el área y servicio de otras instituciones

VIII. RESULTADOS

TABLA 1: Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con descondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Turno en el que trabaja								Total, general	
		Mañana		Tarde		Noche		Fin de semana			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	1	12.5%	1	12.5%	5	62.5%	1	12.5%	8	100
TOTAL, GENERAL		1	12.5%	1	12.5%	5	62.5%	1	12.5%	8	100

Turno en el que trabaja



Fuente: Enfermería, UTI, INT

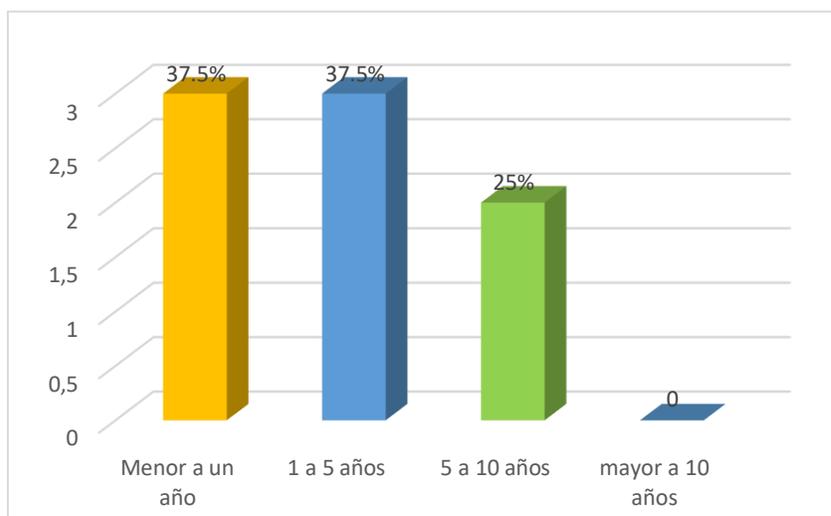
Análisis:

Mediante la información recolectada trabajan 2 profesionales de enfermería por turno, existiendo turno noche A, B y C, motivo por el cual el grafico lo representa con mayor porcentaje, el 12.5% representa a una persona, esto demuestra la negación de participación en el estudio.

TABLA 2: Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacomodamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Años de experiencia								Total	
		Menor a un año		1 a 5 años		5 a 10 años		Mayor a 10 años			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	3	37.5%	3	37.5%	2	25%	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		3	37.5%	3	37.5%	2	25%	0	0	8	100

Años de experiencia



Fuente: Enfermería, UTI, INT

Análisis:

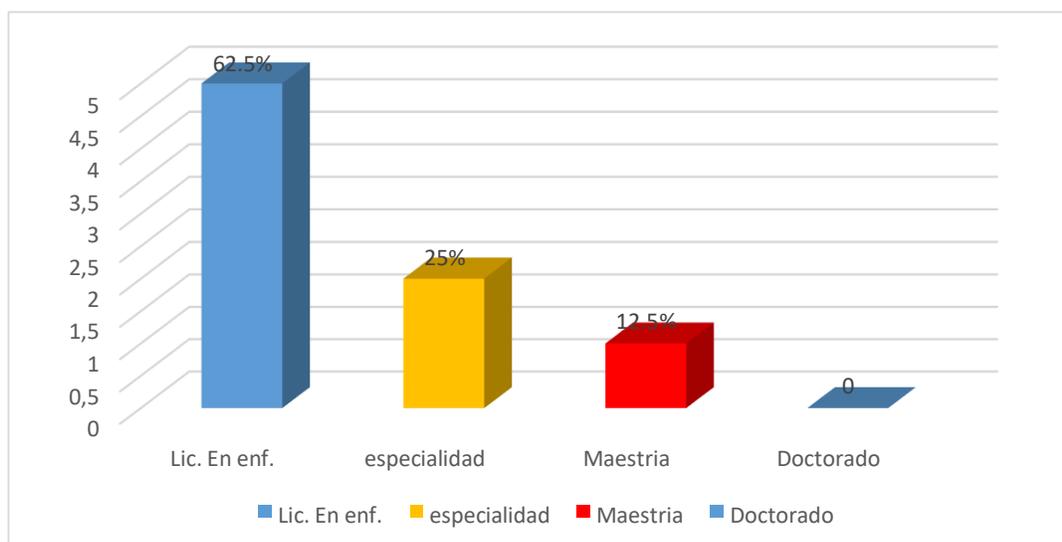
El gráfico nos indica que un 70% del personal posee una experiencia de trabajo en cuidados intensivos menor a los 5 años; igualmente el porcentaje que trabaja entre los 5 a 10 años de antigüedad corresponde a un 25%; Lo cual nos demuestra que existe personal joven trabajando en el servicio

TABLA 3.

Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con descondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Nivel de formación Académica								Total, general	
		Licenciada en enfermería		Especialidad		Maestría		Doctorado			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	5	62.5%	2	25%	1	12.5%	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		5	62.5%	2	25%	1	12.5%	0	0	8	100

Nivel de formación Académica



Fuente: Enfermería, UTI, INT

Análisis:

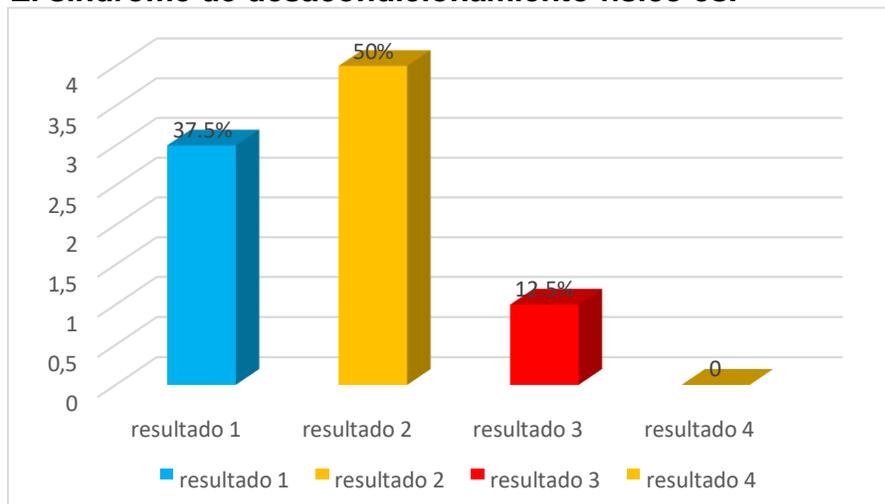
En el grafico se puede observar, de las 8 colegas estudiadas 5 son licenciadas en enfermería que corresponde al 62.5%, especialidad en 25% y Maestría 12.5%, lo que indica que la mayoría de las profesionales no realizan estudios superiores

TABLA 4:

Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	El síndrome de desacondicionamiento físico es:								Total, general	
		1.- Es la inmovilización prolongada del paciente crítico		2.-Es el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada		3.-Es la alteración de la conciencia		4.- Ninguno			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	3	37.5	4	50%	1	12.5	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		3	37.5	4	50%	1	12.5	0	0	8	100

El síndrome de desacondicionamiento físico es:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

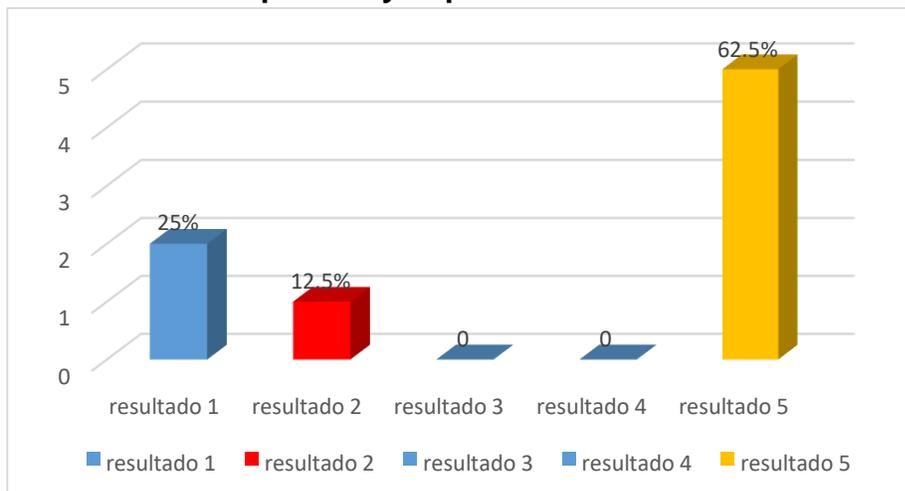
Análisis:

El cuadro muestra que un 50 % de los profesionales en enfermería, conocen la definición del síndrome de desacondicionamiento físico, lo cual indica que una mitad del personal se actualiza sobre nuevos estudios.

TABLA 5:
Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Tórax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Los factores que influyen para el desarrollo del síndrome de desacondicionamiento físico es:										Total, general	
		1.- Caída golpes		2.- Severidad de la enfermedad, duración del periodo de reposo.		3.- Edad y sexo		4.- resultado 2 y 3		5.- todos			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	2	25%	1	12.5%	0	0%	0	0	5	62.5%	8	100
TOTAL, GENERAL		2	25%	1	12.5%	0	0%	0	0	5	62.5%	8	100

Los factores que influyen para el desarrollo del SDF es:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

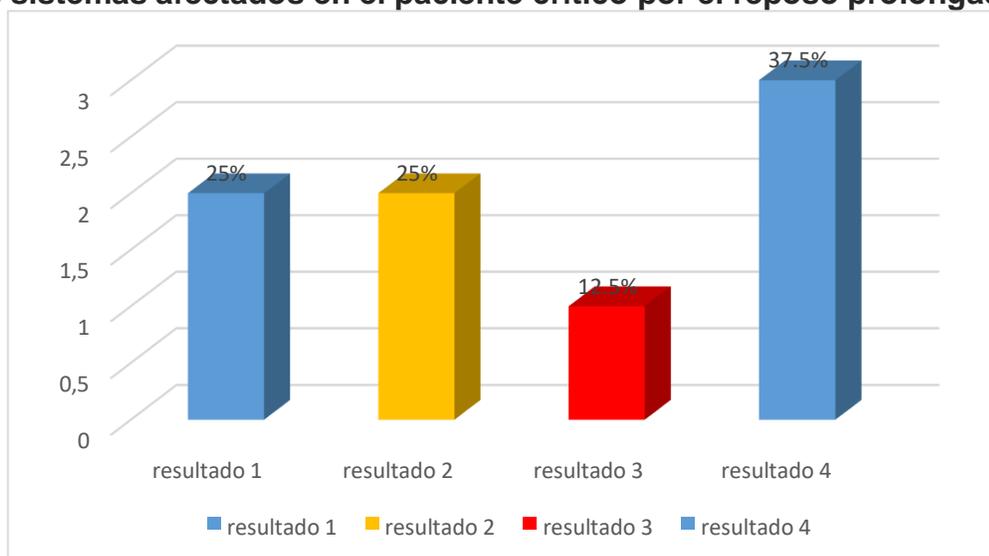
Análisis:

El grafico demuestra que ninguna profesional de enfermería tiene el conocimiento sobre los factores que influyen en el desarrollo para el síndrome de desacondicionamiento físico, lo cual indica que no las identificarán a tiempo en cuanto se presente y puedan prevenir la misma.

TABLA 6:
Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Los sistemas afectados en el paciente crítico por el reposo prolongado son:								Total, general	
		1.- Sistema nervioso, musculoesqueletico y cardiorrespiratorio		2.- Sistema nervioso, musculoesqueletico, genitourinario, gastrointestinal y tegumentario		3.- Sistema tegumentario y gastrointestinal		4.- Sistema tegumentario			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	2	25%	2	25%	1	12.5	3	37.5	8	100
TOTAL, GENERAL		2	25%	2	25%	1	12.5	3	37.5	8	100

Los sistemas afectados en el paciente crítico por el reposo prolongado son:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

Análisis:

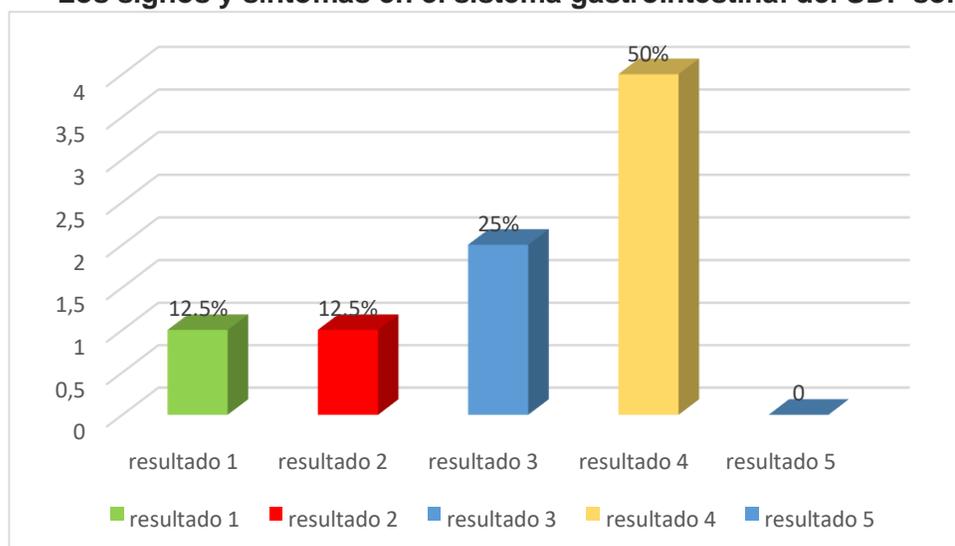
El grafico demuestra que un 25 % de las profesionales enfermería conoce los sistemas afectados por el síndrome, y un 37.5% respondieron que solo afecta al sistema tegumentario, esto indica que se debe unificar los conocimientos entre profesionales

TABLA N° 7:

Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Los signos y síntomas en el sistema gastrointestinal del síndrome desacondicionamiento físico son:										Total, general	
		1.- Anorexia y constipación		2.- Diarrea y aumento de apetito		3.- Náuseas y vómitos		4.- Todos		5.- ninguno		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
La paz	La paz	1	12.5	1	12.5	2	25	4	50	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		1	12.5	1	12.5	2	25	4	50	0	0	8	100

Los signos y síntomas en el sistema gastrointestinal del SDF son:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

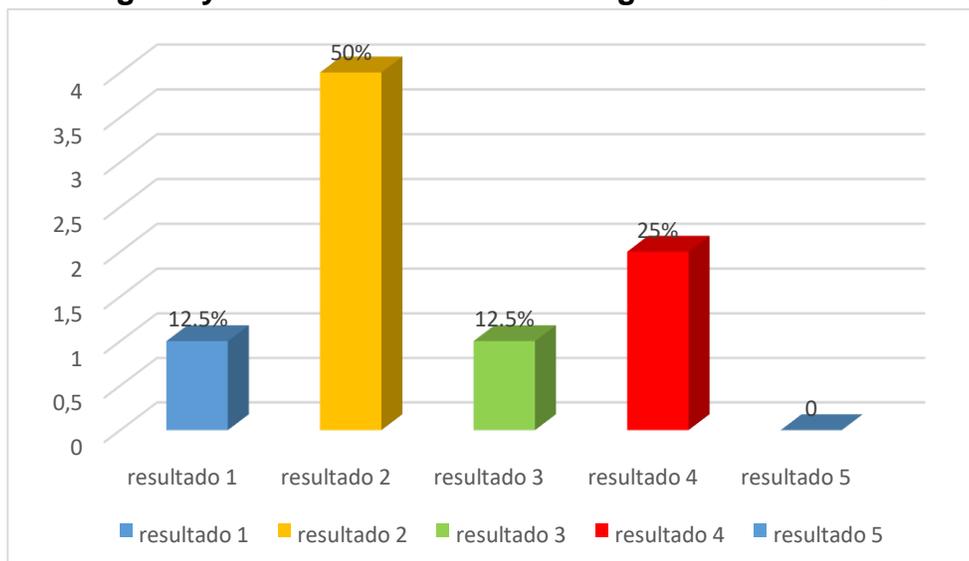
Análisis:

El gráfico demuestra que el 12.5% conoce los signos y síntomas de sistema gastrointestinal, un porcentaje menor, y el 50% confunde las respuestas. Esto indica que el personal profesional tiene una idea acerca de la respuesta correcta, pero se debe reforzar los conocimientos para que exista una mejor valoración

TABLA N° 8:
Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacomodamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Tórax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Signos y Síntomas en el sistema tegumentario del síndrome desacomodamiento físico son:											
		1.- Heridas a nivel de miembros inferiores		2.- Ulceras por presión, edema y bursitis subcutánea		3.- Solo úlceras por presión		4.- todos		5.- Ninguno		Nº	%
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
LA PAZ	LA PAZ	1	12.5%	4	50%	1	12.5%	2	25	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		1	12.5%	4	50%	1	12.5%	2	25	0	0	8	100

Signos y Síntomas en el sistema tegumentario del SDF son:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

Análisis:

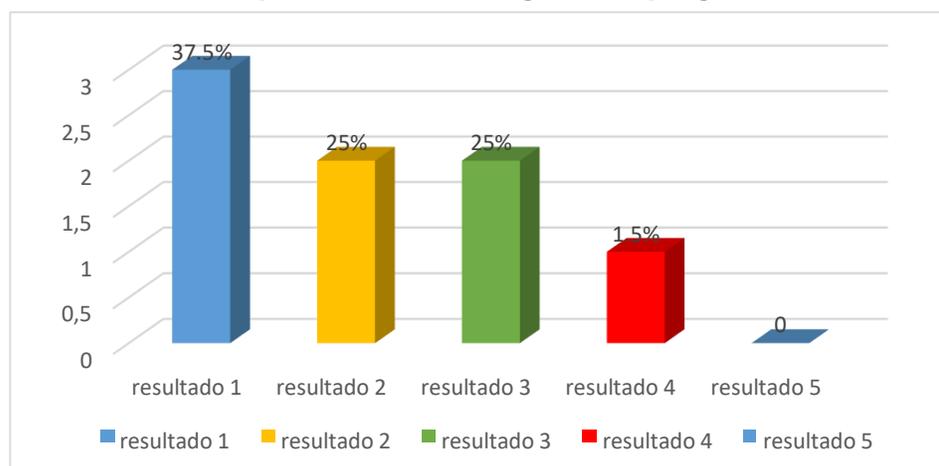
El cuadro muestra que un 50% conoce la respuesta correcta, esto es un indicador positivo, porque el personal profesional puede detectar a tiempo la sintomatología a nivel tegumentario

TABLA N° 9:

Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	El síndrome de desacondicionamiento físico se previene con los siguientes programas:										Total, general	
		1.- Iniciar un programa de rehabilitación		2.- Programa de soporte metabólico y terapia nutricional		3.- Programa de rehabilitación, soporte metabólico y nutricional		4.- Todos		5.- ninguno			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%		
La paz	La paz	3	37.5	2	25%	2	25%	1	12.5	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		3	37.5	2	25%	2	25%	1	12.5	0	0	8	100

El SDF se previene con los siguientes programas:



Fuente: Enfermería, UTI, I.N.T.

Análisis:

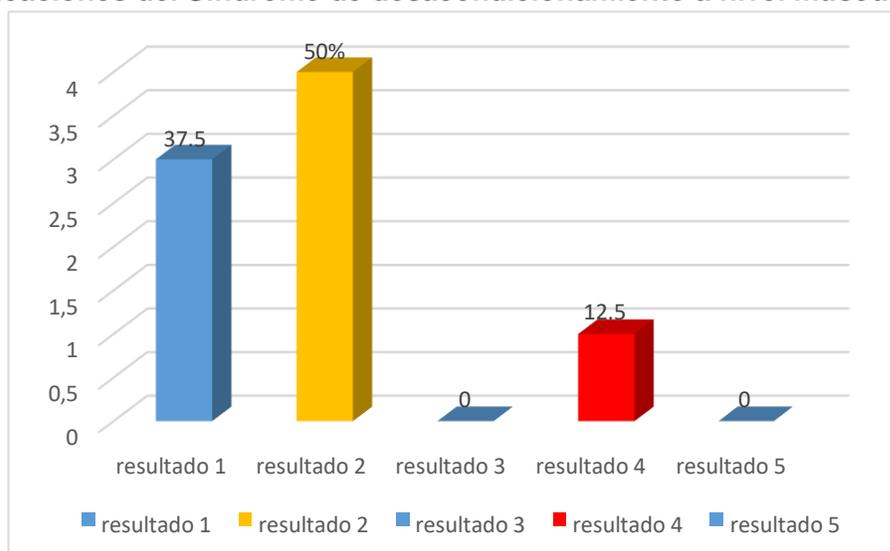
El cuadro demuestra que el 25 % del personal profesional conoce como se previene el síndrome de desacondicionamiento físico, y en mayor porcentaje confunde los resultados, siendo este un indicador negativo

TABLA 10:

Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Tórax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	I.N.T.	Las Complicaciones del Síndrome de desacondicionamiento físico a nivel muscular son:										Total, general	
		1.- Reducción de la resistencia osteomuscular		2.- Atrofia muscular, reducción de la resistencia y mal condicionamiento		3.- Hipotensión ortostática, tromboembolismo		4.- Atrofia muscular y tromboembolismo		5.- Ninguno			
		N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
La paz	La paz	3	37.5	4	50%	0	0	1	12.5	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		3	37.5	4	50%	0	0	1	12.5	0	0	8	100

Las Complicaciones del Síndrome de desacondicionamiento a nivel muscular son:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

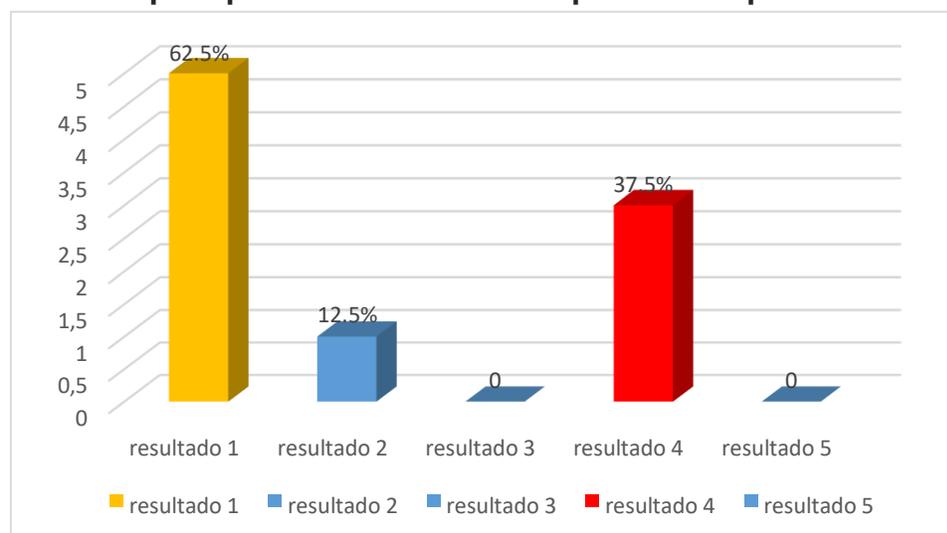
Análisis:

El cuadro muestra que un 50% de los encuestados y examinados, afirman conocer las complicaciones del síndrome de desacondicionamiento físico, este es un indicador positivo para la profesional de enfermería

TABLA 11: Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacomodamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Tórax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Los tiempos que realiza cambios de posición al paciente son:										Total, general	
		1.- Cada dos horas		2.- Cada 3 horas		3.- Por turno		4.- Solo si está indicado		5.- otros			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	5	62.5	1	12.5	0	0	3	37.5	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		5	62.5	1	12.5	0	0	3	37.5	0	0	8	100

Los Tiempos que realiza cambios de posición al paciente son:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

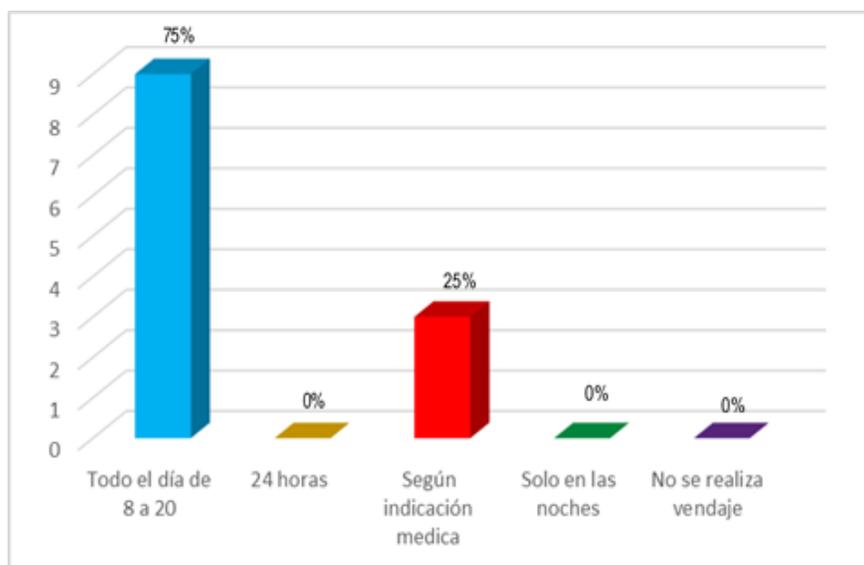
Análisis:

El cuadro muestra que un 62.5% de los examinados, afirman conocer que representa acerca de los cambios de posición, siendo este un indicador positivo, el personal profesional hace un buen manejo de este cuidado

TABLA N° 12. Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacondicionamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	El vendaje de miembros inferiores con vendas elásticas lo efectiviza en los siguientes tiempos:										Total, general	
		1.- Todo el día de 8 a 20		2.- 24 horas		3.- Según indicación medica		4.- Solo en las noches		5.- No se realiza vendaje			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	6	75%	0	0	2	25%	0	0	0	0	8	100
TOTAL, GENERAL		6	75%	0	0	2	25%	0	0	0	0	8	100

El vendaje de miembros inferiores con vendas elásticas lo efectiviza en los siguientes tiempos:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

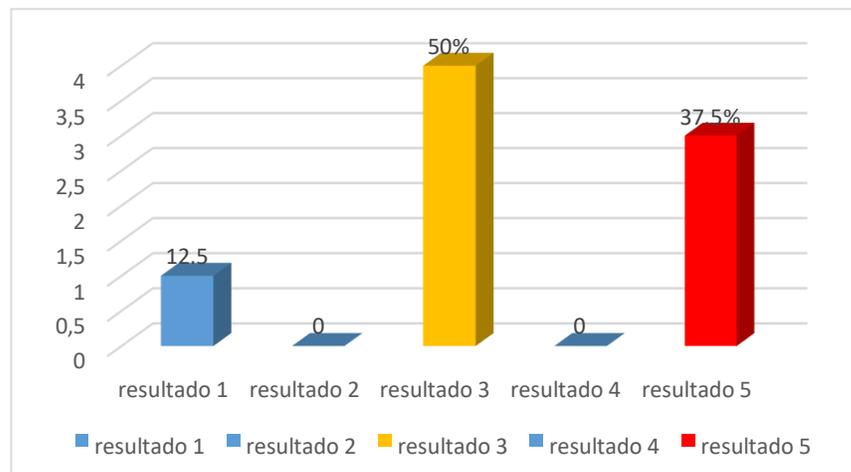
Análisis:

El cuadro muestra que un 75% de los examinados, afirman realizar el vendaje todo el día, y un 25% del resto afirma que lo realizan según indicación médica, es un indicador positivo porque enfermería tiene el criterio de realizar el vendaje y en porcentaje menor se basa en indicaciones médicas

TABLA N° 13: Conocimientos y Habilidades del profesional en Enfermería en el cuidado de los pacientes con desacomodamiento físico sistema tegumentario en terapia intensiva, instituto nacional del Torax, tercer trimestre gestión 2019

MUNICIPIO	Instituto Nacional del Tórax	Los grados de elevación de cabecera en el paciente crítico que considera correcto es:										Total, general	
		1.- A 25 grados		2.- A 10 grados		3.- 30 A 45 grados		4.- A 50 grados		5.- Según indicación médica			
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
La paz	La paz	1	12.5	0	0	4	50%	0	0	3	37.5	8	100
TOTAL, GENERAL		1	12.5	0	0	4	50%	0	0	3	37.5	8	100

Los grados de elevación de cabecera en el paciente crítico que considera correcto es:



Fuente: Enfermería, UTI, INT

Análisis:

El cuadro muestra que un 50% de los examinados, afirman realizar el manejo de la cabecera a unos 45 grados, y un 37.5 % esperan la indicación médica para posicionar al paciente crítico, este es un indicador positivo porque el personal profesional conoce los cuidados básicos.

IX. CONCLUSIONES

- Se determina que los conocimientos y habilidades de enfermería en el síndrome de desacondicionamiento físico son regulares en la unidad de cuidados intensivos, y se observa posteriormente sus efectos y sus complicaciones, generando una limitación, deficiencia y discapacidad que interviene en la mejoría del paciente y su estancia prolongada
- Se identificó en los datos demográficos de la profesional en enfermería, que la formación académica que el 62.5% son tituladas, 25% Especialidad, 12.5 %, Maestra, identificando que el grado de formación superior en el área terapia intensiva es mínima
- Tras el estudio realizado sobre conocimientos de la profesional en enfermería sobre el síndrome de desacondicionamiento físico, se determina que el conocimiento es regular
- Sin embargo, en el aspecto Habilidades que desempeña el personal profesional, se tiene una respuesta positiva, porque se realizan los cuidados básicos para la prevención del síndrome de desacondicionamiento físico

X. RECOMENDACIONES

- Es importante la capacitación permanente del personal de enfermería, sobre nuevos estudios que favorezcan a la prevención del síndrome de desacondicionamiento físico
- Estimular los procesos de docencia e investigación para mejorar siempre la calidad de atención al paciente crítico
- Fomentar acciones de enfermería como el posicionamiento en cama, la movilidad pasiva y activa que ocupan solo unos minutos del cuidado y evitan daños de recuperación en el paciente
- Fomentar el registro de actividades de enfermería que posteriormente permita valorar el impacto de las intervenciones realizadas
- Afianzar la valoración adecuada de enfermería que permita conocer al paciente y establecer una relación de confianza y apoyo
- Implementar el manejo del síndrome de desacondicionamiento físico en la educación continua de la institución
- Implementar nuevos protocolos en el manejo de pacientes con desacondicionamiento físico, pues son estos los que otorgan reconocimientos a las enfermeras y mejoran el cuidado

X.I. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cardona Em. Alteraciones Asociadas al Descondicionamiento Físico del paciente crítico en la unidad de cuidados intensivo. fisioterapia iberoamericana. 2014 enero a diciembre; vol. 8(131-142).
2. Ramírez Lmc. Cuidados de Enfermería en UCI al paciente con reposo prolongado susceptible al descondicionamiento físico. 2010..
3. Mondragón MA. "Condición Física y capacidad funcional en el paciente críticamente enfermo". ces. medicina. 2013 junio; p. 54.
4. Olga Cecilia Vargas, Amcapv. propuesta de Evaluación e intervención para pacientes hospitalizados con síndrome de descondicionamiento físico. [online].; 2016 [cited 2017 Abril. available from: <http://www.bookebooks.com/products/reading>
5. B. c. Patrones Fundamentales de Conocimiento en Enfermería. ady nurs sci. 1978 jan; 1(13-23).
6. Ruiz Jp. "síndrome de descondicionamiento físico en el paciente en estado crítico y su manejo". revista medicina. 2001 abril; vol 23.
7. Erazo, Felipe; Oquendo, Sebastián. "Efectividad de las Modalidades cinéticas y el posicionamiento sobre el descondicionamiento Físico y la capacidad funcional del paciente críticamente enfermo". [online].; 2010 [cited 2019 julio 18. available from: http://bdigital.ces.edu.co:8080/repositorio/bitstream/10946/786/2/desacondicionamiento_fisico.pdf.
8. Letierre Udp. "datos para caracterización de 3er nivel de atención- institutos de salud i.n.t." [online].; 2017 [cited 2019 julio 18.
9. Fuentes Fg. actividad física como tratamiento de primera elección dl síndrome metabólico. [online].; 2014 [cited 2019 Julio 10. available from: <file:///c:/users/asus/downloads/1687-1971-1-pb.pdf>.
10. María Carolina Cerón Polanco Gtp. descondicionamiento físico de sistema osteomuscular y tegumentario en pacientes en unidad de cuidados intensivos. revista colombiana de rehabilitación. 2015 noviembre; 0(0).

11. Rodríguez JI. diseño, implementación y evaluación, de un manual de enfermería, para orientar el cuidado de enfermería al paciente con desacondicionamiento físico. 2015..
12. Polanco mcc. desacondicionamiento físico de sistemas osteomuscular y tegumentario en pacientes en unidad de cuidado intensivo, musculoskeletal and integumentary systems physical deconditioning in intensive care unit patients. revista colombiana. 2015; p. 70 a 75.
13. Gallardo Ai. Evolución del Conocimiento en Enfermería. Madrid m. Barret ea, Editores. 2011 abril; 04(5001).

XII. ANEXOS

12.1. Cronograma de Actividades

12.2. Consentimiento informado

12.3. Solicitudes de Autorización

12.4. Formulario de Validación del Instrumento

12.5. Cuestionario

ANEXOS

12.1. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

GESTIÓN	ÍTEM	ACTIVIDADES ACADÉMICAS												
		ACTIVIDADES 2019			JU N.	JUL.					AGO.			SEP.
		SEMANA	1	2	3	4	5	6	6	7	8	9	10	CONFORME CADA PROGRAMA
		FECHAS												
MODUL BASE DE METODO I	1	Elaboración del diagnóstico, problema de investigación, pregunta y/o hipótesis, objetivos, formulación de variables y operacionalización.												
	2	Elaboración de los antecedentes, marco teórico, conceptual, contextual y uso adecuado de las bibliografías (Vancouver)												
	3	Elaboración del protocolo con coherencia de investigación, diseño de método descriptivo, diseño y preparación del instrumento de recolección de datos, validación por expertos.												
	4	Manejo de Excel y/o SPSS, definiciones estadísticas, de base de datos y tabulación, calculo y transformación de variables, distribución de frecuencias y tablas de contingencia.												
MODUL TALLER ----- O	5	Análisis y descripción de datos.												
	6	Elaboración de resultados												
	7	Elaboración de resultados												
	8	Elaboración de las conclusiones, recomendaciones y referencias bibliográficas.												
PRI	9	Control de avance del Trabajo de Grado y Tesis I (primer grupo)												
	10	Control de avance del Trabajo de Grado y Tesis II (segundo grupo)												
	11	De acuerdo a reglamento y normativa postgradual vigente.												

12.2.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Distinguida Licenciada mediante el presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación **conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de descondicionamiento físico en el cuidado a pacientes de terapia intensiva, hospital del Tórax, Gestión 2019**, teniendo plena confianza de que la información que se vierta en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió que la información se utilizara adecuadamente con la máxima confidencialidad

Lic. Silvia Guayhua Quispe
C.I. 6902321 L.P. INVESTIGADORA

Lic.....
Participante en la investigación

Señor (a):

Dr. Edgar Pozo

DIRECTOR DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX Presente:

**REF. SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DE
CUESTIONARIO AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA,
UCI**

Distinguido director

A tiempo de saludar a su autoridad, pongo en su conocimiento que mi persona es cursante del postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés, donde parte de la culminación de la especialidad es de realizar un trabajo de investigación para optar el título de especialista en Enfermería de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

El estudio de la investigación es la siguiente: **conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de desacondicionamiento físico en el cuidado a pacientes de Terapia Intensiva, hospital del Tórax, gestión 2019**

Por ello solicito a su persona la autorización para la realización de un cuestionario al personal profesional de la UCI, de la prestigiosa institución que usted dirige. La participación del personal de enfermería en los estudios es de carácter VOLUNTARIO, por lo tanto, el participante deberá firmar previamente un consentimiento informado

Segura de contar con su valiosa colaboración, me despido con las consideraciones más distinguidas

.....
Lic. SILVIA GUAYHUA QUISPE
C.I. 6902321 L.P
Cel. 69765577
CURSANTE DEL POSTGRADO
UMSA

C.c. Dr.
JEFE DEL COMITÉ DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
JEFA DEL AREA DE ENFERMERÍA – INT
JEFA DE ENFERMERÍA UTI – INT

Lunes, 5 de agosto de 2019

Señor (a):

Lic. Magda Velazco

JEFA DE ENFERMERAS DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX

Presente:

**REF. SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DE
CUESTIONARIO AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA,**

UCI

Distinguida Licenciada

A tiempo de saludar a su autoridad, pongo en su conocimiento que mi persona es cursante del postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés, donde parte de la culminación de la especialidad es de realizar un trabajo de investigación para optar el título de especialista en Enfermería de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

El estudio de la investigación es la siguiente: **conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de desacondicionamiento físico en el cuidado a pacientes de Terapia Intensiva, hospital del Tórax, gestión 2019**

Por ello solicito a su persona la autorización para la realización de un cuestionario al personal profesional de la UCI, de la prestigiosa institución que usted dirige. La participación del personal de enfermería en los estudios es de carácter VOLUNTARIO, por lo tanto, el participante deberá firmar previamente un consentimiento informado

Segura de contar con su valiosa colaboración, me despido con las consideraciones más distinguidas

.....
Lic. SILVIA GUAYHUA QUISPE
C.I.- 6902321 L.P
Cel. 69765577
CURSANTE DEL POSTGRADO UMSA

Miércoles, 7 de agosto de 2019

Señor (a):

Dr. Víctor Hugo Zuazo

JEFE DE ENSEÑANZA DEL INSTITUTO NACIONAL DEL TORAX Presente:

**REF. SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA APLICACIÓN DE
CUESTIONARIO AL PERSONAL PROFESIONAL DE ENFERMERIA,
UCI**

Distinguido Doctor

A tiempo de saludar a su autoridad, pongo en su conocimiento que mi persona es cursante del postgrado de la Universidad Mayor de San Andrés, donde parte de la culminación de la especialidad es de realizar un trabajo de investigación para optar el título de especialista en Enfermería de Medicina Crítica y Terapia Intensiva

El estudio de la investigación es la siguiente: **conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de desacondicionamiento físico en el cuidado a pacientes de Terapia Intensiva, hospital del Tórax, gestión 2019**

Por ello solicito a su persona la autorización para la realización de un cuestionario al personal profesional de la UCI, de la prestigiosa institución que usted dirige. La participación del personal de enfermería en los estudios es de carácter VOLUNTARIO, por lo tanto, el participante deberá firmar previamente un consentimiento informado

Segura de contar con su valiosa colaboración, me despido con las consideraciones más distinguidas

.....
Lic. SILVIA GUAYHUA QUISPE

C.I.- 6902321 L.P

Cel. 69765577

CURSANTE DEL POSTGRADO UMSA

Viernes, 02 de Agosto de 2019

Señor (a):

Lic. Mgs. María Luisa Rodríguez

**LICENCIADA EN ENFERMERIA EN EL HOSPITAL DEL NIÑO- OVIDIO
ALIAGA URIA**

Presente:

**REF. SOLICITUD DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO
DE RECOLECCION DE DATOS**

Distinguida licenciada:

Mediante la presenta hago llegar mis saludos cordiales a su distinguida autoridad, para solicitar la revisión, como conocedora y teniendo amplia experiencia en la unidad de terapia intensiva, pueda realizar la validación de los instrumentos de recolección de datos (cuestionario) aplicado de la propuesta de intervención: **conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de desacondicionamiento físico en el cuidado a pacientes de terapia intensiva, hospital del Tórax, gestión 2019, en espera de las observaciones que su persona considere**

Sin otro particular me despido esperando una respuesta favorable a la solicitud y adjunto instrumento a validar

Atte.:

.....
Lic. SILVIA GUAYHUA QUISPE
C.I.- 6902321 L.P
Cel. 69765577
CURSANTE DEL POSTGRADO UMSA 2019

Martes 11 de julio de 2019

Señor (a):

Lic. Aida Lanza

LICENCIADA EN ENFERMERIA

Presente:

REF. SOLICITUD DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO
DE RECOLECCION DE DATOS

Mediante la presenta hago llegar mis saludos cordiales a su distinguida autoridad, para solicitar la revisión, como concedora y teniendo amplia experiencia en la unidad de terapia intensiva, pueda realizar la validación de los instrumentos de recolección de datos (cuestionario) aplicado de la propuesta de intervención: **conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de desacondicionamiento físico en el cuidado a pacientes de terapia intensiva, hospital del Tórax, gestión 2019, en espera de las observaciones que su persona considere**

Sin otro particular me despido esperando una respuesta favorable a la solicitud y adjunto instrumento a validar

Atte.:

.....
Lic. SILVIA GUAYHUA QUISPE
C.I-. 6902321 L.P
Cel. 69765577
CURSANTE DEL POSTGRADO UMSA

Martes 11 de julio de 2019

Señor (a):

Lic. Aida Lanza

LICENCIADA EN ENFERMERIA

Presente:

REF. SOLICITUD DE VALIDACION DEL INSTRUMENTO
DE RECOLECCION DE DATOS

Mediante la presenta hago llegar mis saludos cordiales a su distinguida autoridad, para solicitar la revisión, como conocedora y teniendo amplia experiencia en la unidad de terapia intensiva, pueda realizar la validación de los instrumentos de recolección de datos (cuestionario) aplicado de la propuesta de intervención: **conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de desacondicionamiento físico en el cuidado a pacientes de terapia intensiva, hospital del Tórax, gestión 2019, en espera de las observaciones que su persona considere**

Sin otro particular me despido esperando una respuesta favorable a la solicitud y adjunto instrumento a validar

Atte.:

.....
Lic. SILVIA GUAYHUA QUISPE
C.I.- 6902321 L.P
Cel. 69765577
CURSANTE DEL POSTGRADO UMSA

12.4. CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN EL CUIDADO A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL DEL TORAX, GESTION 2019

Nombre y Apellido del Investigador: Lic. Silvia Guayhua Quispe

FORMULARIO PARA VALIDACION DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS

	CRITERIO A EVALUAR										Observaciones (si debe eliminarse o modificarse un ítem)	
	1.- Claridad en la redacción		2.- Es preciso las preguntas		3.- Lenguaje adecuado con el nivel del informante		4.- Mide lo que pretende		5.- Induce a la respuesta			
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO		
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												
11												
12												
13												
14												

ASPECTOS GENERALES		SI	NO	
El Instrumento contiene instrucciones claras y precisas para responder el cuestionario.				
Los ítems permiten el logro del objetivo de la investigación.				
Se especifica y caracteriza la población de estudio del cual se realiza el trabajo.				
Los ítems están distribuidos en forma lógica y secuencial.				
El número de ítems es suficiente para recoger la información, en caso de ser negativa su respuesta, sugiera los ítems a añadir.				
VALIDEZ				
APLICABLE			NO APLICABLE	
APLICABLE ATENDIO A LAS OBSERVACIONES				
Validada por:		C.I.:		Fecha:
Firma:		Celular:		Email:
Sello:		Institución donde trabaja:		

12.5. CUESTIONARIO

CONOCIMIENTOS Y PRACTICAS DE ENFERMERIA EN EL SINDROME DE DESACONDICIONAMIENTO FISICO EN EL CUIDADO A PACIENTES DE TERAPIA INTENSIVA, HOSPITAL DEL TORAX, GESTION 2019

INSTRUCCIONES:

Estimada colega el presente es una encuesta aplicada para evaluar **conocimientos y prácticas de enfermería en el síndrome de descondicionamiento físico en el cuidado a pacientes de Terapia Intensiva**, la misma que corresponde a un estudio de investigación para concluir la Especialidad en Enfermería en Medicina Critica y Terapia Intensiva.

Por tal motivo solicito su colaboración en el llenado de cada pregunta de forma individual, marcando con una (X), y la selección de un inciso de la respuesta que usted considere correcta.

I.- DATOS EPIDEMIOLOGICOS

1. TURNOS:

- Mañana
- Tarde
- Noche
- Fin de semana

2. Años de experiencia laboral en cuidados intensivos

- Menor a un año
- 1 a 5 años
- 5 a 10 años
- Mayor a 10 años

3. Nivel de formación Académica

- Licenciada en enfermería
- Especialidad en terapia intensiva
- Maestría en terapia intensiva
- Doctorado
- Otro

II.- ASPECTOS COGNITIVOS

4. El síndrome de desacondicionamiento físico es:

- a) Es la inmovilización prolongada del paciente crítico
- b) Es el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada
- c) Es la alteración de la conciencia
- d) Ninguno

5. Los factores que influyen para el desarrollo del síndrome de desacondicionamiento físico son:

- a) Caídas golpes
- b) Severidad de la enfermedad, duración del periodo de reposo.
- c) Edad y sexo
- d) Todos
- e) Solo b y c

6. Los sistemas afectados en el paciente crítico por el reposo prolongado son:

- a) Sistema nervioso, musculoesquelético y cardiorrespiratorio
- b) Sistema nervioso, musculoesquelético, genitourinario, gastrointestinal y tegumentario
- c) Sistema tegumentario y gastrointestinal
- d) Sistema tegumentario
- e) Ninguno

7. Los signos y síntomas en el sistema gastrointestinal del síndrome de desacondicionamiento físico son:

- a) Anorexia y constipación
- b) Diarrea y aumento de apetito
- c) Náuseas y vómitos
- d) Todos
- e) Ninguno

8. Los signos y síntomas en el sistema tegumentario del síndrome descondicionamiento físico son:

- a) Heridas a nivel de miembros inferiores
- b) Ulceras por presión, edema y bursitis subcutánea
- c) Solo ulceras por presión
- d) Todos
- e) Ninguno

9. La prevención del síndrome de descondicionamiento físico es:

- a) Iniciar un programa de rehabilitación
- b) Programa de soporte metabólico y terapia nutricional
- c) Programa de rehabilitación, soporte metabólico y nutricional
- d) Todos
- e) Ninguno

10. Las complicaciones conlleva el síndrome de descondicionamiento físico a nivel muscular es:

- a) Reducción de la resistencia osteomuscular
- b) Atrofia muscular, reducción de la resistencia y mal condicionamiento
- c) Hipotensión ortostática, tromboembolismo
- d) Atrofia muscular y tromboembolismo
- e) Ninguno

ASPECTOS REFERENTES A LAS HABILIDADES DE LA PROFESIONAL SOBRE CUIDADO DEL PACIENTE

11. ¿Cada cuánto tiempo realiza cambios de posición al paciente?

- a) Cada dos horas
- b) Cada 3 horas
- c) Por turno
- d) Solo si está indicado
- e) Otros

12. ¿realiza el vendaje de miembros inferiores con vendas elásticas?

- b) Si**
- b). no**
- ¿Si la respuesta es (si) responda cada cuánto?**
- f) Todo el día de 8 a 20

- g) 24 horas
- h) Según indicación medica
- i) Solo en las noches
- j) No se realiza vendaje

13. ¿con respecto a la cabecera del paciente, a cuantos grados maneja la misma?

- f) A 30 grados
- g) A 10 grados
- h) A 45 grados
- i) A 50 grados
- j) Según indicación medica

Observaciones.....
.....
.....
.....

Gracias por su colaboración

Lic. Silvia Guayhua Quispe
**CURSANTE DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA CRÍTICA Y
TERAPIA
INTENSIVA**

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN ANDRÉS
FACULTAD DE MEDICINA- ENFERMERÍA NUTRICION Y
TECNOLOGIA MÉDICA
UNIDAD DE POST GRADO



PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA LA PREVENCION Y MANEJO DEL
PACIENTE CON DESACONDICIONAMIENTO FISICO

POSTULANTE: LIC. SILVIA GUAYHUA QUISPE

TUTURA: LIC. MARTHA POMA

Propuesta de Intervención para optar el Título de Especialista en
Enfermería- Medicina crítica y Terapia Intensiva

LA PAZ- BOLIVIA

2020

PROTOCOLO DE MANEJO DE ENFERMERIA PARA PREVENCION Y MANEJO DEL DESACONDICIONAMIENTO FISICO

Definición:

El síndrome de desacomodamiento es multicausal y engloba alteraciones funcionales en diversos sistemas del organismo, Se define el síndrome de desacomodamiento físico, como el deterioro metabólico y sistémico del organismo como consecuencia de la inmovilización prolongada; las alteraciones metabólicas se comienzan a observar en las primeras 24 horas de inmovilización

Objetivos

- Mejorar el cuidado del paciente crítico susceptible a desarrollar el síndrome de desacomodamiento físico
- Orientar al personal de enfermería para que identifique fácilmente los signos y síntomas del desacomodamiento físico

Equipo y material

Recursos Humanos:

- Enfermera profesional □ Auxiliar de enfermería

Recursos Materiales:

- Cama hospitalaria
- Almohada

- Cuñas y rollo de esponja
- Bolsas de 3000 cc con agua llenas con el 50% de su capacidad
- Saleas de movimiento, cobijas y sabanas
- Lubricante de piel
- Silla
- Gradillas

Indicaciones:

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

Contraindicaciones:

- Inestabilidad hemodinámica
- Nuevo infarto de miocardio
- Arritmias
- Incremento de PEEP o cambio de asistencia ventilatoria
- Precauciones en cirugías de las caderas para movilidad de miembros inferiores
- Precaución en cirugía de cuello y columna

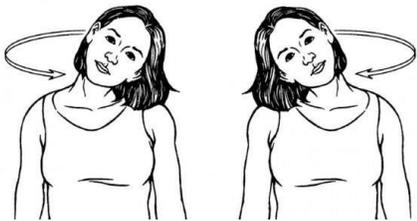
Beneficios:

- Mejora la relación ventilación – perfusión
- Mejora volúmenes pulmonares
- Reduce el trabajo cardiaco pulmonar

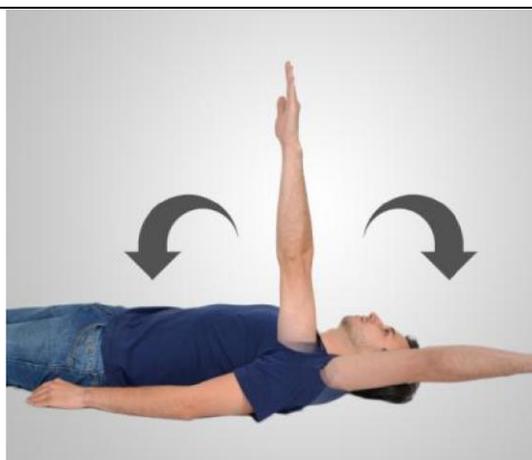
PROCEDIMIENTO

Intervención	Actividad
Valoración enfermería	<p>Inicie procesos de valoración en orden tenga en cuenta siempre todos los sistemas</p> <p>I. Valoración neurológica</p> <ul style="list-style-type: none">• Estado de conciencia• Fuerza muscular• Escala de Glasgow• Valoración de la escala de sedación (RASS) <p>II. Valoración respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none">• Establezca soporte respiratorio y adaptación al mismo• Establezca patrón respiratorio• Niveles de oxigenación• Movimientos respiratorios• Realizar destete paulatino del aporte de oxígeno• Realizar ejercicios con el espirómetro repetir de 10 a 12 cada hora <p>III. Valoración de sistema cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none">• Valoración hemodinámica• Llenado del pulso capilar• Limitar el esfuerzo físico en caso de presentar arritmia, taquicardia, hipertensión o hipotensión• Garantizar que el paciente tenga manejo profiláctico

	<p>IV. Valoración de sistema urinario</p> <p>V. Valoración del sistema gastrointestinal vigilar el tránsito intestinal</p> <p>VI. Valoración del sistema tegumentario</p>
--	--

ACTIVIDAD Y EJERCICIO	
1. Ejercicios de la cabeza y del cabello	
<p>Realice despacio los siguientes ejercicios:</p> <p>Mueva la cabeza lentamente, sin hacer movimientos repentinos manteniendo los hombros relajados en todo momento</p> <p>Permanezca en la posición que se indica un tiempo mínimo de 20 segundos</p>	
	<p>incline la cabeza hacia atrás (mirando hacia arriba). Incline la cabeza hacia delante (mirando hacia abajo)</p>
	<p>incline la cabeza en dirección al hombro (como si intentara alcanzar con la oreja el hombro y sin levantar este)</p>
	<p>Gire la cabeza para mirar sobre el hombro</p>
<p>Precaución:</p> <p>Vértigo: sensación de desmayo o de sentir que la habitación se está moviendo. Si este movimiento le causa mareo. Desmayo y nauseas, suspenda el ejercicio</p>	

2. Ejercicios de los hombros



Acuéstese de espaldas, brazos a los lados, con las palmas de la mano hacia arriba. Levante un brazo sobre la cabeza (como levantando la mano en una clase), manteniendo el codo y el antebrazo lo más rectos posibles. Mientras esta en esta posición, respire profundamente y expire una vez en forma rítmica. Baje el brazo a la posición original como comenzó y repita 2 a 3 veces. Repita este ejercicio con el otro brazo



Acuéstese de espaldas con los brazos a los lados. Gire las palmas hacia arriba. Estire un brazo y levántelo recto hacia fuera, hasta que llegue al lado de su cabeza (como un movimiento de títere). Vuelva el brazo a la posición original y repita 2 a 3 veces. Repita con el otro brazo

Ejercicios del codo y del antebrazo



Acuéstese en la cama o sobre una colchoneta con los brazos “pegados” al cuerpo y las palmas de las manos hacia arriba. Manteniendo el codo sobre la cama o colchoneta, flexione el codo llevando la mano tan cerca del hombro como pueda. Mantenga esta posición original. Repita este ejercicio 3 veces con cada brazo



Acuéstese de espaldas con los brazos al lado y las palmas hacia el costado (o bien siéntase en una mesa con el antebrazo sobre la mesa). Levante el antebrazo recto. Si está recostado, mantenga el codo y el brazo superior tocando la cama. Gire suavemente la mano con la palma hacia su cara y luego gire su mano poniendo la palma hacia afuera. Repita 2 a 3 veces
Repita el ejercicio con el otro brazo

Ejercicios de la mano y de la muñeca



Primero: doble los dedos hacia la palma (haga un puño)
Segundo: estire los dedos



Primero: doble todas las articulaciones del pulgar
Segunda: descanse el pulgar

	<p>Primero: separe los dedos extendiéndolos</p> <p>Segundo: junte los dedos</p>
	<p>Primero: con la palma hacia arriba, mueva el pulgar hacia arriba</p> <p>Segundo: doble pulgar</p> <p>Tercero: mueva el pulgar hasta que toque el dedo meñique</p>
<p>Ejercicio del tronco y de la cadera</p>	
	<p>Siéntese en una silla o a un lado de la cama, con los pies tocando el suelo. Doble la cadera levantando la rodilla hacia el pecho. Mantenga esta posición, luego vuelva a poner el pie en el suelo. Repita</p>

	<p>Endurece la rodilla levantando un pie. Vuelva a la posición con la rodilla doblada</p>
	<p>En la posición boca abajo, doble la rodilla. Vuelva a la posición original</p>
<p>Ejercicios de tobillo y de los pies</p>	
	<p>Primero: doble el pie hacia arriba Segundo: doble los pies hacia abajo</p>



Primero: mueva el pie con la planta hacia afuera Segundo: mueva el pie con la planta hacia adentro



Primero: doble los dedos del pie hacia adentro Segundo: extienda los dedos del pie hacia arriba y atrás tanto como pueda

Registro de Enfermería

Registre la técnica, los tiempos de la actividad pasiva y activa

NORMAS DE PROCEDIMIENTO

1. Explicación del procedimiento y su beneficio al paciente, en caso de que el paciente este consiente
2. Lavado de manos antes y después de cada actividad
3. Individualizar los cuidados de acuerdo a la valoración realizada
4. Incluir los ejercicios en actividades como baño, cambios de posición, administración de medicamentos
5. Instruir a la familia para la realización de ejercicios durante la visita
6. En los horarios de visita mantener el paciente sentado si su estado los permite
7. Verificar siempre el bienestar del paciente
8. Movilice pacientes con un compañero o más de acuerdo a la necesidad
9. Utilice elementos de protección
10. Utilice los mitones para evitar retiro de dispositivos