

"Nostro Discere"

No. 3 2015-2



Notas de
actualidad

Contenido

Comité Editorial

El comité editorial del Boletín "Nostro Discere" está conformado por Docentes y Estudiantes de la Facultad de Enfermería de la FUCS, quienes retroalimentarán a los autores sobre sus escritos, privilegiando la interlocución para la formación.

Docentes

Nathaly Rivera Romero

Coordinadora Boletín. Enfermera, Mg. en Salud Mental, Coordinadora de Salud Mental Facultad de Enfermería-FUCS.

Alexandra Castiblanco Montañez

Enfermera, Candidata a Mg. en Salud Pública. Instructora asistente. Grupo de Investigación Facultad de Enfermería-FUCS

Ana Julia Carrillo Algarra

Enfermera, Mg. en Administración en Salud. Coordinadora de Convenios Docencia-Servicio. Coordinadora de Investigación Facultad de Enfermería - FUCS

Lorena Mesa Melgarejo

Enfermera, Mg. en Salud Pública, Est. Doctorado en Salud Pública, Investigadora Facultad de Enfermería FUCS

Juan David Montenegro

Enfermero, Est. Maestría en Enfermería, Docente Facultad de Enfermería FUCS

Estudiantes

Tania Marcela Ávila Urrea

Estudiante auxiliar de edición miembro del Semillero de Investigación RCUAE.

Semillero de Investigación RCUAE

- 3** **Editorial**
Fundamentación disciplinar de enfermería – FUCS
Juan David Montenegro Ramírez
Enfermero Mg. en Enfermería, Docente Facultad de Enfermería - FUCS
- 4** **Investigaciones en Salud**
Sistematización de experiencia: entrenamiento al personal de salud de los servicios asistenciales de un hospital público de un municipio aledaño a la ciudad de Bogotá en el manejo del paciente agresivo y/ o con agitación psicomotora.
Nathaly Rivera Romero
Enfermera Mg. en Psicología y salud mental
Instructor asociado Facultad de Enfermería - FUCS
Angie Katherine Pardo Ochoa, Luisa Fernanda Penagos
Enfermeras. Facultad de Enfermería. FUCS.
- 12** **Semilleros de Investigación**
Intervenciones del profesional de enfermería para promover la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con esquizofrenia
Liliana Marcela Reina
Instructora Asociada. Facultad de Enfermería. FUCS. Mg en Información y Comunicación Científica, Estudiante de Doctorado en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia.
Tania Marcela Ávila Urrea
Estudiante de Enfermería VII Semestre - FUCS
- 15** **Actualidad**
Comercio, cultura y poder
Nathaly Rivera Romero
Enfermera Mg. en Psicología y salud mental
Instructor asociado Facultad de Enfermería - FUCS
- 19** **Convocatorias y Eventos**
Tania Marcela Ávila Urrea
Estudiante de Enfermería VII Semestre - FUCS
- 24** **Un Camino a la Evidencia**
Cuidados para el manejo del pie diabético en pacientes ambulatorios. Reportados por la literatura disponible.
Ruth Alexandra Castiblanco Montañez
Enfermera. Instructor asistente, Facultad de Enfermería, FUCS
- 27** **Otros Apuntes**
Narrativa: Disfrutando un nuevo ser
Deisy Yanira Ramirez Zarate
Estudiante de Enfermería VII Semestre - FUCS

Editorial

Fundamentación disciplinar de enfermería - FUCS

La Facultad de Enfermería de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, reconoce la enfermería como un campo científico, como una disciplina profesional del área de la salud y del comportamiento humano que aborda el cuidado en el transcurso del ciclo vital que incluye los factores "biológicos, del comportamiento, social y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad". ^{(1), (2), (3)}.

Enfermería como una disciplina profesional está constituida por dos partes, un componente disciplinar o teórico, que se define como, "un cuerpo de conocimientos que evoluciona de manera independiente y tiene una forma individual de interpretar los fenómenos de su competencia; el cuidado y la salud"; como profesión u ocupación exige la creación, utilización y evaluación del conocimiento para dar solución a las necesidades de los individuos, familia y comunidad en los diferentes contextos que se da el cuidado ^{(1), (3), (4)}.

Retomando estas dos partes, el componente teórico hace referencia a (la ciencia de enfermería) y el componente profesional a (la práctica de enfermería), elementos que se relacionan y toman sentido cuando el profesional de enfermería presta un servicio "comunica y aplica su saber lo prueba, lo amplía y lo renueva" ^{(3), (4)}.

La estructura y desarrollo del conocimiento en enfermería, permite identificar el dominio de la disciplina, los fenómenos de interés y clarificar los conceptos. El primer nivel de la estructura del conocimiento está dado por una dimensión filosófica que describe los conceptos epistemológicos, metaparadigmáticos y las filosofías; una dimensión teoría conformada por los modelos conceptuales, teorías de enfermería (grandes teorías, teorías de rango medio y teorías de la práctica); y una dimensión empírica donde se utilizan indicadores para facilitar la aplicación del componente teórico a la práctica ^{(1), (4)}.

El proceso de atención de enfermería es abordado como una herramienta empírica que garantiza la atención y como un instrumento para la práctica que le permite al estudiante brindar un cuidado individualizado, facilitado por la comunicación terapéutica, adquiriendo habilidades para realizar valoración de necesidades del individuo familia y comunidad, planteamiento de problemas reales, planeación y priorización de necesidades, intervenciones de enfermería y evaluación de logro de objetivos⁽⁴⁾.



Para retroalimentar las etapas del proceso se hace uso de las Taxonomías Diagnósticas (NANDA), las Intervenciones de Enfermería (NIC) y Evaluación de Resultados (NOC) como elementos complementarios para "promover el pensamiento crítico reflexivo y desarrollar una práctica basada en evidencia" (4), (5).

Se retoman elementos de los lineamientos básicos para la enseñanza del componente disciplinar en enfermería resaltando elementos como se mencionó anteriormente que permitan al educando "establecer prioridades en situaciones concretas, desarrollar fundamentos para la atención del paciente y responder a los cambios del mismo". Se promueve por medio de la investigación habilidades de analizar y evaluar el pensamiento, utilizando el modelo constructivista con herramientas pedagógicas como por ejemplo el uso de las tecnologías de la información y la comunicación, elaboración de mapas conceptuales, narrativa de situaciones de enfermería que permiten en el educando la motivación, la obtención del aprendizaje y la aplicación del mismo en contextos reales (4).

Juan David Montenegro Ramírez

*Enfermero Mg. en Enfermería, Docente Facultad de Enfermería – FUCS
Bogotá- Colombia*

Bibliografía

1. Donalson, SK. y Crowley, DM. The discipline of nursing. Nursing Outlook. 1978;26(2):113-20. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/245616>
2. Fawcett, J & Desanto S. Contemporary nursing knowledge: analysis and evaluation of nursing models and theories. 3ra ed. Estado Unidos: Davis companies;2013. Disponible en: <http://www.amazon.com/Contemporary-Nursing-Knowledge-Analysis-Evaluation/dp/0803627653>
3. de Villalobos MM. Enfermería: Desarrollo Teórico e Investigativo. 1era ed. Bogotá- Colombia: Unibiblos: 1998. Disponible en: <http://www.uneditorial.net/uflip/Enfermeria-Desarrollo-Teorico-e-Investigativo/pubData/source/Enfermeria-desarrollo-teorico-e-investigativo.pdf>
4. Moreno ME, Durán MM, Ospina AM, Salazar AM, Sánchez B, Veloza M. Modelos y Teorías. Lineamientos Básicos Para la Enseñanza del Componente Disciplina de la Enfermería. 5ta ed. Bogotá-Colombia: Ricmel Impresores. 2014. Disponible en: <http://acofaen.org.co/wp-content/uploads/2012/04/LINEAMIENTOS-MODELOS-Y-TEORIAS.pdf>
5. Johnson. M. Moorhead. S. Bulechek. G. Butcher. H. Maas. M. Swanson. E. Vínculos de NOC y NIC a NANDA-I y diagnósticos médicos: soporte para el razonamiento crítico y la calidad de los cuidados. 1ra ed. España: Elsevier: 2012. Disponible en: <http://tienda.elsevier.es/vinculos-de-noc-y-nic-a-nanda-i-y-diagnosticos-medicos-pb-9788480869133.html>

Investigaciones en Salud

Sistematización de experiencia: entrenamiento al personal de salud de los servicios asistenciales de un hospital público de un municipio aledaño a la ciudad de Bogotá en el manejo del paciente agresivo y/o con agitación psicomotora.

Nathaly Rivera Romero*, Angie Katherine Pardo Ochoa**, Luisa Fernanda Penagos**

*Enfermera. Instructora asociada, Facultad de Enfermería. FUCS. Bogotá - Colombia

** Enfermera. Facultad de Enfermería. FUCS. Bogotá - Colombia

Resumen

Objetivo: Presentar la experiencia de entrenamiento al personal de salud de los servicios asistenciales de un hospital público de un municipio aledaño a la ciudad de Bogotá en el manejo del paciente agresivo y/o con agitación psicomotora. **Método:** Sistematización de experiencias. **Resultados:** se realizó una capacitación teórico-práctica al personal de salud, donde participaron 77 asistentes en tres jornadas; se aplicaron dos pruebas, una para medir el conocimiento previo de los participantes y otro para medir el logro de los objetivos de la misma. **Conclusiones:** Se evidencia el déficit en educación respecto al manejo del paciente agitado. Con la experiencia realizada se observó la dificultad en el manejo de estos pacientes y la necesidad de continuar con estos procesos de capacitación al personal de salud.

Palabras Clave: Enfermería, sistematización, paciente agresivo, paciente agitado, personal de salud, salud mental, psiquiatría

Introducción

Numerosos estudios enuncian el aumento de la demanda de atención en salud mental a nivel mundial; así mismo el estudio nacional de salud mental en Colombia realizado en el 2003 ⁽¹⁾, comparado con 14 investigaciones similares de diferentes países, muestra que Colombia se ubica entre los primeros cinco países de prevalencia de enfermedad mental: problemas asociados al deficiente control de impulsos, trastornos de ansiedad, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y trastornos del estado de ánimo ^(2,3).

En ese sentido, se ha evidenciado cómo los servicios de urgencias de los Hospitales Generales colombianos han asumido la atención de usuarios con estas enfermedades; asumidos en la mayoría de los casos por médicos generales ⁽³⁾. Así mismo Chinchilla indica la importancia de integrar las urgencias psiquiátricas en el ámbito asistencial "por la elevada frecuencia con que se asocian problemas somáticos y psiquiátricos en el mismo sujeto" ^(p. 3); en estas urgencias psiquiátricas, el factor tiempo es determinante porque se demanda una atención médica inmediata: respuesta eficaz por parte del equipo asistencial del servicio a la mayor brevedad posible ^(4, 5, 6).

Es importante resaltar que la multicausalidad y complejidad de los trastornos mentales hacen que la intervención signifique un reto para los profesionales e instituciones, especialmente en el contexto de la urgencia; por esto las instituciones prestadoras de servicios de salud deben garantizar una atención de calidad para el usuario, cumpliendo con la normatividad vigente en salud. ^(2, 3, 4)

Lo anterior, advierte sobre la necesidad de que el personal de los servicios de urgencias de los hospitales generales esté preparado para hacerle frente a estas demandas de atención en salud mental; a lo que un hospital público de un municipio aledaño a la ciudad de Bogotá, se adhiere y advierte la necesidad en formación de su personal en el manejo del paciente agresivo y/o violento por lo cual solicita la capacitación en este tema.

Adicionalmente se evidenció que no hay información acerca de la capacitación al personal de salud en el manejo del paciente violento o experiencias similares documentadas, por lo que aumenta la importancia de comunicar la experiencia realizada. Por este motivo se delimitó como objeto a sistematizar la experiencia en el entrenamiento al personal de salud de los servicios asistenciales del hospital público antes mencionado, en el manejo del paciente agresivo y/ o con agitación psicomotora.

Metodología

Se desarrolló la sistematización de la experiencia, en la cual se reconstruyó y reflexionó analíticamente sobre la intervención a desarrollar en un hospital público de un municipio aledaño a la ciudad de Bogotá para interpretarla y comprenderla. Con el proceso de sistematización se obtiene un conocimiento consistente que permite transmitir los resultados y confrontarlos con otras experiencias o con el conocimiento teórico existente. Así, se contribuye a la acumulación de conocimientos generados a partir y para la práctica ^(7,8,9), en este caso específico, la atención al paciente violento o con agitación psicomotora.

Para desarrollar la sistematización, se utilizó como referente las "Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias" de Oscar Jara Holliday ⁽¹⁰⁾. Guía que se desarrolla en cinco aspectos centrales:

- A. El punto de partida: es el punto inicial el cual parte de haber participado en la experiencia y tener registros suficientes de la experiencia.
- B. Preguntas iniciales: son las preguntas que deben orientar a la definición del objetivo (considerado como la utilidad o

el resultado esperado de la sistematización), la delimitación del objeto (enfocado en las experiencias concretas a sistematizar), y el eje de sistematización (aspecto central a sistematizar).

- C. Recuperación del proceso vivido: es la reconstrucción de la historia, la organización y clasificación de la información. Se busca lograr una visión general de los principales sucesos, etapas o fases que surgieron durante la experiencia tomando en cuenta los ejes de sistematización determinados en el aspecto anterior
- D. La reflexión de fondo. es el análisis del "¿Por qué pasó lo que pasó?". Se sintetiza e interpreta de forma crítica el proceso vivido.
- E. Los puntos de llegada: es la elaboración de las conclusiones según el eje de sistematización. Se busca dar respuesta a los objetivos y comunicar los aprendizajes.

Resultados

Delimitación del objeto a sistematizar: Debido a la necesidad expuesta por el hospital ya mencionado, sobre la inadecuada atención del paciente violento, se decidió realizar un taller teórico práctico con el personal de salud de la institución y se realizó una búsqueda en las bases de datos suscritas como Scielo, pubmed, Lilacs y Elseiver; con las siguientes palabras claves: educación salud, personal de salud, sistematización, salud mental, psiquiatría; con el fin de identificar en la literatura lo relacionado con experiencias en la capacitación al personal de salud en el manejo del paciente psiquiátrico, pero no se encontraron registros significativos a cerca de este tema. Por lo tanto se vio la necesidad de sistematizar la experiencia en el entrenamiento al personal de salud de los servicios asistenciales de un hospital público en el manejo del paciente agresivo y/ o con agitación psicomotora, delimitando como eje de sistematización propiamente el desarrollo y resultados de la capacitación.

Proceso vivido: Se capacitó a 77 miembros que tienen contacto con usuarios agitados o agresivos de un hospital público de un municipio aledaño a la ciudad de Bogotá. La programación de las capacitaciones se realizó en conjunto con el departamento de enfermería, respecto a los turnos del personal asistente. La capacitación se llevó a cabo en dos fases: inicialmente se realizó un taller teórico dando a conocer definiciones, aspectos en el paciente, identificación del mismo, diferencia entre agitación; y agresión y por último el manejo del paciente agresivo o potencialmente violento y el paciente con agitación psicomotora; estos temas se llevaron a cabo mediante estudios de caso y ejemplos de la vida cotidiana.

La segunda fase de la capacitación se realizó mediante un taller teórico-práctico, en el cual se trabajaron las estrategias de manejo de los pacientes mencionados utilizando las técnicas de contención verbal, contención mecánica (inmovilización) y contención farmacológica. Al iniciar la capacitación se realizó una prueba escrita para medir los conocimientos previos del personal con respecto al tema y una vez finalizadas las dos fases del taller se aplicó otra prueba escrita para medir el logro de los objetivos planteados; así mismo se entregó una encuesta de satisfacción para evaluar la metodología y ayudas utilizadas con el personal de salud.

Los puntos de llegada y conclusiones: La elaboración de los instrumentos fuentes de información y documentos tales como las pruebas escritas y



encuestas de satisfacción permitieron la sistematización de la experiencia vivida y superar los sesgos de memoria, así mismo hacer un análisis del logro de los objetivos de la capacitación planteada encontrando que:

Respecto a la prueba escrita inicial, comparada con la final, se observó que esta última fue desarrollada con mayor facilidad, obteniendo mejores resultados en la mayoría de los participantes. En la prueba escrita inicial el 41% de los participantes respondió adecuadamente, mientras que en la prueba escrita final el 61% lo realizó. Se evidenció que el personal presentó conocimientos previos debido a experiencias previas con pacientes agitados o violentos, demostrado en la prueba escrita inicial en las respuestas sobre los tipos y el orden de contenciones que se deben realizar con estos pacientes. Por otro lado, en el taller de contención física se presentó dificultades para realizar la inmovilización y manejo del paciente armado, debido a la falta de conocimiento teórico y práctico sobre las técnicas a desarrollar. Satisfactoriamente durante la evaluación final de la capacitación se evidenció mejores resultados con respecto a estos puntos.

Respecto a los signos para identificar la diferencia entre un paciente con agitación psicomotora y un paciente agresivo, el 78% de los asistentes no logró conocer dicha diferencia, determinado en la prueba escrita final. Además el 66% de los participantes tampoco identificó la causa principal de la agitación psicomotora. Llama la atención que de los 77 asistentes, 15 personas no marcaron la prueba escrita con el nombre, solamente con el servicio donde trabaja, lo que da la impresión de inseguridad al responder las preguntas o temor a ser sancionados por parte de la institución.

En cuanto a la encuesta de satisfacción se observó que el 100% del personal asistente estuvo de acuerdo con la metodología utilizada y la

técnica implementada en el taller práctico; el 10% del personal respondió como regular el uso apropiado de los recursos, debido a que las instalaciones donde se desarrolló la capacitación contaban con un televisor pequeño (ayuda educativa). Así mismo refirieron su satisfacción y alegría por haber recibido la información, así mismo los participantes manifestaron el interés en recibir más capacitaciones de este tipo debido al gran flujo de pacientes con agitación psicomotora o episodios de agresividad.

Se resalta que al iniciar la capacitación se presentó una confusión entre la denominación de los códigos en los momentos de urgencias; por ejemplo, el código verde que corresponde al manejo del paciente agitado o con agresividad en las unidades de salud mental para Bogotá y algunos hospitales generales, le fue asignado para el manejo del paciente con diagnóstico de VIH positivo en el hospital público donde se desarrolló la capacitación. Por lo cual se recomienda realizar

un análisis previo con la institución sobre el manejo de códigos y demás denominaciones al respecto. Por lo que se requiere continuar investigando a nivel nacional e internacional sobre la denominación que se le da a este tipo de eventos y poder unificar criterios.

Frente a esta experiencia podemos concluir que hay déficit en educación respecto al manejo del paciente agitado, ya que en la búsqueda inicial de información realizada no se encontró información adecuada en la literatura respecto al tema, evidenciando así un vacío en la información. Con la experiencia realizada se observó la dificultad en el manejo de los pacientes con agitación psicomotora y/o violentos la necesidad de continuar con estos procesos de capacitación, expresado por los participantes del taller y los resultados del mismo. Se ve la necesidad de formar al personal de salud en el manejo del paciente psiquiátrico debido al constante incremento de pacientes con enfermedad o alteraciones mentales que consultan a los diferentes servicios de hospitales generales.

Bibliografía

1. Ministerio de salud y protección social de colombia. Estudio nacional de salud mental. Bogotá d.c.2003.[Consultado 12 de agosto de 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>.
2. Arango-dávila, C., Rojas, J. C. Análisis de los aspectos asociados a la enfermedad mental en colombia y la formación en psiquiatría. Rev. colomb.psiquiatr. 2008;37(4):538-563. [Consultado 12 de agosto de 2015]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502008000400006&lng=en.
3. Posada-villa, j. Urgencias psiquiátricas. En m. D. Social, guía para manejo de urgencias. Bogotá.2009.[Consultado 25 de marzo de 2015].
4. Chinchilla, A. Conceptos y peculiaridades de las urgencias psiquiátricas. En A. Chinchilla, J. Correas, F. J. Quintero, & M. Vega, Manual de Urgencias Psiquiátricas.2010.Elsevier Masson.(Segunda ed., pp 3-16).
5. Agudelo B, L. Urgencias. En H. Vélez, W. Rojas M, J. Borrero R, & J. Restrepo M, Fundamentos de Medicina Psiquiatría; Corporación para investigaciones Biológicas. 2004: 445 - 452.
6. Bulbena, A., Martín LM. Arcega JM. Experiencia De Una Unidad Móvil De Urgencias Psiquiátricas En Barcelona. Avances en Salud Mental Relacional.2007. Vol. 6, núm. 3.
7. Verger a. Sistematización de experiencias en américa latina. Una propuesta para el análisis y la recreación de la acción colectiva desde los movimientos sociales.2004 [Consultado 7 de agosto de 2015].Disponible en:<http://www.alboan.org/archivos/353.pdf>
8. Ruiz I. La sistematización de prácticas. 2001, septiembre 20.[Consultado 7 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://www.oei.es/equidad/liceo.PDF>
9. Jara O. Revista internacional sobre investigación en educación global y para el desarrollo. Sistematización de experiencias, investigación y evaluación: aproximaciones desde tres ángulos.febrero.2012.[Consultado 4 junio de 2015]
10. Jara, O. Orientaciones teórico-prácticas para la sistematización de experiencias. San José, Costa Rica.[Consultado 20 de marzo de 2015]. Disponible en:[http://www.bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2013/08/Orientaciones Teorico-practicas para sistematizar experiencias.pdf](http://www.bibliotecavirtual.info/wp-content/uploads/2013/08/Orientaciones_Teorico-practicas_para_sistematizar_experiencias.pdf).

Semilleros de investigación

Intervenciones del profesional de enfermería para promover la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes con esquizofrenia

Liliana Marcela Reina

Instructora Asociada. Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Mg en Información y Comunicación Científica, Estudiante de Doctorado en Enfermería. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá-Colombia

Tania Marcela Ávila Urrea

Estudiante VII Semestre. Facultad de Enfermería. Miembro del semillero de investigación RCUAE - Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá- Colombia

Se presenta un caso clínico desarrollado de acuerdo a la metodología propuesta por Gómez Urquiza y Cols, quienes proponen que este tipo de trabajos como herramientas útiles para enfermeras clínicas, quienes tienen todas las posibilidades y deben aprovechar el potencial de su práctica cotidiana para la generación de conocimiento, así como para la toma de decisiones que permitan transferir las evidencias a sus prácticas de cuidados.⁽¹⁾

Descripción de la duda clínica

Práctica habitual

El paciente psiquiátrico suele ser un sujeto muy esquivo y puede expresar agresividad, por lo que la práctica de enfermería frente a este tipo de paciente tradicionalmente se enfoca al acompañamiento, y generación de empatía tomando como base la comunicación asertiva y terapéutica, permitiéndoles manifestar sus sentimientos, percepciones y miedos, lo cual puede reducir su ansiedad y temor. Así mismo, en pacientes con ideas suicidas y acting out (un intento impulsivo de suicidio), es de gran relevancia quitarles de la vista objetos que puedan resultar peligrosos.

Adicionalmente, cuando el paciente psiquiátrico está a punto de entrar en crisis, se realiza la contención verbal, física y farmacológica para prevenir que se auto-agreda y agreda a sus compañeros o al personal de enfermería. La administración de medicamentos y su correcto registro es fundamental en cualquier área de la práctica asistencial, pero en los pacientes psiquiátricos se requiere de una estricta vigilancia pues la mayoría de esta medicación se administra vía oral y los pacientes pueden no tomarse los medicamentos, los esconden o los desechan sin que el personal de enfermería se dé cuenta. Igualmente el fomento de actividades recreativas y físicas es importante porque ayudan a la distracción de los pacientes durante su estadía en la unidad de salud mental, como forma de disminuirles la ansiedad. Así mismo en estos pacientes se suele estimular el autocuidado, para lo cual es necesario comprobar la capacidad de cada paciente para ejercer sus actividades de higiene personal y de sus actividades diarias, si es necesario brindar ayuda y recomendaciones para que los pacientes puedan cumplir con su autocuidado. Es en este aspecto que uno de los cuidados prioritarios hace énfasis en facilitar el apoyo familiar o de amigos, permitiendo las visitas en el horario que tenga la unidad de salud mental.

No obstante, los profesionales de enfermería en algunas instituciones a nivel distrital no realizan todas las intervenciones fundamentales para el paciente psiquiátrico lo cual, en muchas ocasiones se debe a falta de personal en la unidad, supervisión del equipo de seguridad, falta de terapia ocupacional en las unidades y, uno de los motivos más importantes, descuido y negligencia.

Situación del paciente

El paciente por el cual se encuentra la necesidad de realizar este caso clínico, es un hombre de 27 años de edad que fue llevado por su madre al servicio de urgencias de un Hospital en la ciudad de Bogotá; al ingreso ella refirió que desde aproximadamente hace una semana el presenta comportamientos inadecuados, desencadenados por abandono del tratamiento farmacológico y consumo de sustancias psicoactivas. Como consecuencia de esto, él se ha mostrado hostil y agresivo con los miembros de la familia en vía pública. Dentro de los antecedentes psiquiátricos, se encuentra que es una persona con antecedentes patológicos de esquizofrenia paranoide diagnosticada a los 15 años, toxicológicos por consumo de sustancias psicoactivas también



desde sus 15 años, consumo que aún mantiene a diario (marihuana, bazuco, cigarrillo y alcohol), y farmacológicos, consumo habitual de risperidona 1mg y clonazepam de 2.5 mg/ml cada 8 horas.

Por lo anterior, es hospitalizado en la unidad de salud mental del hospital mencionado anteriormente. Una vez allí, el paciente mostró un buen patrón de sueño y de alimentación, y su manejo se ha llevado a cabo sin dificultades. A la valoración de enfermería se ha observado, que su presentación personal es buena, se mantiene orientado en tiempo persona y espacio, su pensamiento es coherente, no verbaliza delirios y alucinaciones, es colaborador, aunque su afecto es plano, su juicio y raciocinio son débiles y la aceptación de la enfermedad es pobre.

Además, en la unidad de salud mental se le diagnostica falta de adherencia al tratamiento farmacológico, que puede relacionarse a que la mayoría del tiempo permanece solo en su casa, hace lo que quiere, muestra que aún no acepta la enfermedad refiriendo "yo sé que tengo esquizofrenia, pero no me siento esquizofrénico y nunca he tenido una alucinación". Debido a lo anterior suspendió la medicación, pero continúa con el consumo de sustancias psicoactivas. A su vez, se ha podido observar con extrañeza la relación con su madre, pues durante las visitas ella se comporta con él y lo trata como si fueran pareja.

Problema planteado

La adherencia al tratamiento farmacológico por parte de los pacientes psiquiátricos incluye cuatro factores a ser tenidos en cuenta por el profesional de enfermería: los relacionados con el mismo paciente, con la enfermedad, con el tratamiento y con su entorno.⁽²⁾ Además, en la literatura se señala la posibilidad de emplear medicamentos inyectables de larga duración para garantizar la administración del medicamento, y hacer más sencillo su seguimiento, aunque igualmente se requiere de la voluntad del paciente y del apoyo y motivación por parte de las personas que le rodean, pues no se puede decir que sea un único tratamiento para todos los pacientes afectados.⁽²⁾

Al analizar las particularidades de este paciente, se ha observado cómo los individuos con esquizofrenia tienen mayor riesgo de abusar o depender de sustancias, lo cual les afecta negativamente el curso de su enfermedad, haciendo pobre el pronóstico, generando más re-hospitalizaciones, no

adherencia al tratamiento, peor respuesta a los neurolépticos, más trastornos de la conducta entre otros aspectos que permiten ver la escasa conciencia que tienen de su enfermedad.⁽³⁾

Es entonces que el profesional de enfermería debido a su proximidad con el paciente, cumple un papel de gran relevancia para el soporte a la adherencia, y debe tener habilidades para acercarse al paciente, conocer los factores que intervienen en la falta de adherencia a la medicación, y realizar un abordaje más integral,⁽²⁾ fundamental para disminuir la sintomatología de los trastornos mentales y garantizar una calidad de vida.

En este caso concreto, cabe destacar que la falta de adherencia puede relacionarse con múltiples factores, pero especialmente con el consumo y abuso de sustancias psicoactivas, que en el servicio se han considerado como la causa principal de la esquizofrenia paranoide. Del mismo modo, se piensa en la incidencia que ha podido tener la falta de redes de apoyo por parte de sus familiares y sus problemas disfuncionales dentro del núcleo familiar. Tener a este paciente en el servicio, ver sus comportamientos y escuchar sus planteamientos frente a la enfermedad y la toma de la medicación, llevan a cuestionarse con respecto a cómo desde el cuidado de enfermería se puede actuar para promover su adherencia al tratamiento farmacológico.

Pregunta susceptible de respuesta

¿Cómo debe intervenir enfermería para que a través de los cuidados se promueva la adherencia al tratamiento farmacológico en los pacientes psiquiátricos?

Estrategia de búsqueda bibliográfica

Teniendo en cuenta que la búsqueda para este tipo de casos clínicos debe enfocarse en la localización de documentos que aporten evidencias, en primer

lugar, se realizó una búsqueda de revisiones en Cochrane y de Guías de Práctica Clínica en GuíaSalud; posteriormente, se llevaron a cabo búsquedas en las bases de datos PubMed, Lilacs, CUIDEN Plus, Scielo, y en CINAHL. Con esta finalidad se emplearon los términos DeCS Cumplimiento de la medicación, Psiquiatría y Enfermería, con los cuales se generó la ecuación de búsqueda "Cumplimiento de la Medicación" AND Psiquiatría AND Enfermería, ecuación que fue utilizada con los términos MeSH equivalentes en las bases de datos anglosajonas.

Resultados

Como resultado de la búsqueda bibliográfica se seleccionaron dos GPC relacionadas con la pregunta planteada, a las cuales se aplicó el cuestionario AGREE II, con la intención de evaluar si pueden extraerse de ellas recomendaciones que permitan dar respuesta a la pregunta y emitir una conclusión oriente la práctica clínica.

Estudio

San Emeterio, Maite; Aymerich, Marta; Faus, Gustavo; Guillamón, Imma; Illa, Josep M; Lalucat, Lluís, et al. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2003. 112 p

Diseño/ Calidad

GPC con una calidad alta (6/7 puntos)

Intervención/ Evaluación

No aplica para la guía de práctica clínica

Hallazgos/ Recomendación

Para el manejo psiquiátrico del paciente con esquizofrenia, se recomienda establecer y mantener una alianza terapéutica, vigilar el estado psiquiátrico del paciente, proveer a éste y a su familia de educación respecto a la enfermedad y su tratamiento, facilitar el cumplimiento del plan de tratamiento, incrementar la comprensión y la adaptación a los efectos psicosociales de la enfermedad, identificar los factores que precipitan o exacerban crisis y promover intervenciones precoces para prevenir recaídas, proveer a la familia de psicoeducación y apoyo, así como ayuda para acceder a los servicios necesarios. Recomendación de grado C. ▶

Tratamiento profiláctico de los efectos secundarios extrapiramidales agudos. Teniendo en cuenta la elevada frecuencia de estos efectos se puede considerar la conveniencia de utilizar medicación antiparkinsoniana de forma profiláctica, principalmente en pacientes con antecedentes previos de sensibilidad a estos efectos y en los que la previsión de actitudes negativas y la falta de cumplimiento se pueda ver reforzada por la aparición de reacciones adversas. Se utiliza clorhidrato de biperideno, clorhidrato de trihexifenidilo y amantadina. Recomendación de grado C.

Se recomienda que las intervenciones psicosociales sean llevadas a cabo por profesionales que tengan una formación específica, una experiencia suficiente (apoyada por una supervisión y acompañamiento técnicos), una disponibilidad, constancia, calificación y un vínculo a largo plazo (nivel de evidencia científica IV). Recomendación de grado C.

Se recomienda tratamiento comunitario asertivo, tratamiento intensivo individualizado y asistencia ambulatoria en centros comunitarios de salud mental para pacientes que muestran inestabilidad moderada o alta. Recomendación de grado C.

Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental que ofrezca tratamiento farmacológico, terapia individual, de grupo y/o familiar, medidas psicoeducativas y un tratamiento individualizado de intensidad variable para los pacientes estables con discapacidad relativamente poco importante. Recomendación de grado C.

Se recomienda la gestión de casos intensiva y servicios de apoyo comunitario, además de la administración de psicofármacos y psicoterapia, para algunos pacientes que padecen esquizofrenia de inicio precoz. Recomendación de grado C.

Se recomienda asistencia ambulatoria en un centro comunitario de salud mental en pacientes con trastornos mentales severos ya que disminuye las muertes por suicidio, la insatisfacción con la asistencia y los abandonos de tratamiento. Recomendación de grado A.

Se recomienda la gestión de casos para la atención comunitaria de trastornos mentales severos con vistas a incrementar la vinculación a los servicios y el cumplimiento terapéutico. Recomendación de grado A.

El paciente y su familia deberán ser informados sobre la naturaleza de su enfermedad y sobre el tratamiento recibido, así como del pronóstico y de las diversas posibilidades de tratamiento tras el alta. Recomendación de grado C.

A la hora de elegir una determinada medicación antipsicótica se recomienda tener en cuenta la respuesta previa del paciente al tratamiento, el perfil de efectos secundarios del mismo, las preferencias para una determinada medicación en función de la experiencia previa y la vía de administración prevista. Las dosis recomendadas de antipsicóticos han sido descritas en las Tablas 3 (convencionales) y 5 (atípicos) de esta GPC. Recomendación de grado C.

Se recomienda que estas medicaciones (litio, carbamacepina, ácido valproico y benzodiazepinas) se reserven para los casos en que la clozapina no sea apropiada en pacientes resistentes al tratamiento, bien por falta de eficacia, efectos adversos, preferencia del paciente o por probable falta de cumplimiento del programa de vigilancia. Recomendación de grado C.

Dado el riesgo de recidiva rápida en la fase de post-crisis, se recomienda evitar la supresión o la reducción prematura del tratamiento farmacológico antipsicótico instaurado en la fase aguda; la continuación del tratamiento durante 1 o 2 años después de una crisis debe discutirse, cuando sea adecuado, con el paciente y su familia (nivel de evidencia científica IV).³² Recomendación de grado C.

Se recomiendan los programas de educación sanitaria en esta fase ya que han resultado eficaces para la enseñanza del autocontrol de la medicación (tratamiento antipsicótico de mantenimiento, efectos secundarios, etc.), autocontrol de los síntomas (identificación de signos iniciales de recidivas, prevención de éstas, y rechazo de drogas y alcohol), y habilidades sociales básicas (nivel de evidencia científica Ib).¹⁰⁹⁻¹¹¹ Recomendación de grado A.

Se recomienda que los objetivos del tratamiento en pacientes con esta patología asociada (trastorno relacionado con sustancias) sean los mismos que para el tratamiento de la esquizofrenia sin patología asociada, pero añadiendo a estos los objetivos relativos al problema del uso de sustancias, como por ejemplo, reducción del daño, abstinencia, prevención de recaídas y rehabilitación. Recomendación de grado C.

Algunos estudios indican que los programas de apoyo y aceptación para estos pacientes proporcionaron resultados mejores que los programas de confrontación dirigidos a los pacientes sólo con patología adictiva⁷ ▶

(nivel de evidencia científica Ib).

Los pacientes en los que se considera que existe un riesgo elevado de suicidio deben ser hospitalizados, y deben aplicarse las precauciones necesarias para evitarlo. Es importante optimizar el tratamiento farmacológico de la psicosis y la depresión, y abordar la tendencia suicida del paciente de manera directa, con un enfoque de empatía y apoyo. Debe haber una estrecha vigilancia de los pacientes vulnerables durante los períodos de crisis personal, modificaciones del entorno o períodos de dificultad o depresión durante el curso de la enfermedad. Recomendaciones de grado C.

La GPC recomienda que el paciente esquizofrénico con consumo de sustancias psicoactivas es un caso especial y la clave está en la aplicación de un tratamiento que desarrolle el manejo de los síntomas que genera el trastorno por consumo de SPA y el trastorno de la esquizofrenia, el papel de enfermería está en dar educación al paciente y a la familia acerca de los medicamentos que está usando para disminuir la adicción a las SPA y a los síntomas de la esquizofrenia y que efectos causa si no cumple el tratamiento (aumento de los síntomas psicóticos, disminución del contacto con la realidad, mayor tiempo de estadía en la unidad de salud mental), para lograr la adherencia al tratamiento se debe trabajar en conjunto con todos los profesionales especializados en psiquiatría y hacer un tipo de acuerdo con el paciente para que no abandone su tratamiento.

Estudio

Martín García-Sancho, Julio C. (coordinador). Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2009. 73 p.

Diseño/ Calidad

GPC con calidad moderada (5/7 puntos)

Intervención/ Evaluación

No aplica para la guía de práctica clínica

Hallazgos/ Recomendación

- En caso de recaída por falta de adherencia al tratamiento, hay que investigar los motivos de la misma y reiniciar la medicación oral [A]
 - A los pacientes que recaen, a pesar de una buena adherencia al tratamiento con antipsicóticos convencionales, se les debe sustituir el tratamiento por antipsicóticos atípicos [A] (RANZCP).
 - Desde esta primera intervención se trabajará la adherencia al tratamiento y al CSM para comenzar a generar conciencia de enfermedad (en el paciente y en el familiar) y responsabilizar al paciente de su propio cuidado e implicación en el tratamiento.
 - Las intervenciones familiares deben formar parte del tratamiento básico del paciente, ya que evitan recaídas, hospitalizaciones, mejoran el pronóstico y la calidad de vida de sus miembros. Van dirigidas a las familias que viven o están en estrecho contacto con el paciente y se deben ofrecer siempre en primeros episodios; también a pacientes que han recaído recientemente o que están en riesgo de recaída [A] (NICE) y a las familias de los que tienen síntomas persistentes [A] (NICE).
 - La duración debería ser de más de seis meses e incluir al menos diez sesiones planificadas [B] (NICE).
 - El paciente debe ser incluido normalmente en las sesiones ya que ello mejora los resultados. Algunas veces, no es practicable [B] (NICE).
 - La psico-educación reduce las recaídas, mejora la adherencia, aumenta la satisfacción del paciente y aumentan sus conocimientos [B] (NICE). Como ya se ha visto es eficaz para las familias [B] (NICE). Es preferible incluirla dentro de la intervención familiar, pero en algunos casos puede ser la única alternativa disponible, por lo que debe ofrecerse como intervención básica [B] (NICE).
- La recomendación principal para los profesionales de enfermería, en primer lugar es la realización de un buen

PAE por cada fase en la que se encuentre el paciente (fase aguda, fase de estabilización y fase estable) y tener un diagnóstico pertinente, en este caso (incumplimiento del tratamiento, mantenimiento inefectivo de la salud r/c consumo de sustancias psicoactivas). Los resultados que se esperan son que el paciente desarrolle una conducta de obediencia, que haya un control de riesgos frente al consumo de sustancias psicoactivas y las intervenciones que realiza el personal de enfermería son educación sanitaria (información sobre efectos secundarios), acuerdos y administración de la medicación

Conclusión clínica y respuesta a la pregunta

Las Guías de Práctica Clínica revisadas aportan recomendaciones basadas en evidencias para la promoción de la adherencia al tratamiento farmacológico en estos pacientes, y a partir de ellas, se puede decir que las intervenciones de los profesionales de enfermería deben enfocarse en la comunicación terapéutica, brindando educación al paciente y a su familia acerca de los medicamentos, sus efectos secundarios, las consecuencias que trae el abandono del tratamiento y la continuidad del consumo de sustancias psicoactivas. Así mismo, es fundamental el seguimiento de este paciente y su familia fuera de la unidad de salud mental, así como fortalecer las redes de apoyo que tenga el paciente, pues son una base para que el paciente cumpla con la medicación fuera de la unidad de salud mental.

Se debe tener en cuenta que el profesional de enfermería que realice este tipo de intervenciones debe estar capacitado para llevar a cabo estas actividades, pues muchas veces los profesionales y técnicos en enfermería que están en las unidades de salud mental y realizan estas actividades, no tienen conocimientos específicos sobre las actividades que se realizan con el paciente esquizofrénico y su familia.

Bibliografía

1. Gómez Urquiza, José Luis; Hueso Montoro, César; Reina Leal, Liliana Marcela; Hernández Zambrano, Sandra Milena; Amezcua, Manuel. ¿Cómo resolver dudas compartidas con el paciente? Publicación de recomendaciones clínicas basadas en evidencias. *Index de Enfermería*. 2014; 23(1-2).
2. Lluch Canut MT, Biel Tres A. La adherencia al tratamiento en pacientes psicóticos desde una perspectiva de Enfermería. *Rev Presencia*. 2006;2(3): Disponible en <<http://www.index-f.com/presencia/n3/48articulo.php>>
3. Jiménez-Castro, Lorena; Raventós-Vorst, Henriette; Escamilla, Michael. Esquizofrenia y trastorno en el consumo de sustancias: prevalencia y características socio-demográficas en la población Latina. *Actas Esp Psiquiatr*. 2011; 39(2):123-30. Disponible en: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3395996/>>
4. San Emeterio, Maite; Aymerich, Marta; Faus, Gustavo; Guillamón, Imma; Illa, Josep M; Lalucat, Lluís, et al. Guía de práctica clínica para la atención al paciente con esquizofrenia. Versión extensa. Barcelona: Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques; 2003. 112 p. Disponible en: <http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/temes_de_salut/salut_mental/documents/pdf/gp0301caex.pdf>
5. Martín García-Sancho, Julio C. (coordinador). Guía Práctica Clínica para el Tratamiento de la Esquizofrenia en Centros de Salud Mental. Murcia: Servicio Murciano de Salud; 2009. 73 p. Disponible en: <http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_443_Esquizofrenia_Murcia.pdf>

Actualidad

Comercio, cultura y poder

Nathaly Rivera Romero

Instructor asociado, facultad de enfermería, FUCS

Contacto: nrivera@fucsalud.edu.co

El hombre occidental ha atravesado una serie de cambios que van desde su forma de concebir el mundo, hasta la forma de relacionarse consigo y con el otro, estos cambios se desarrollan gracias al capitalismo y la ciencia, tras la búsqueda de la expansión y el entendimiento del mundo, desarrollo que hasta el día de hoy no ha tenido freno y por el contrario aumenta cada vez más rápido. El capitalismo actualmente tiene en marcha una fase creciente de consumo que se refleja en una sociedad de hiperconsumo, lo que evidentemente traerá un impacto en la vida y en las culturas del presente.

^(1,2,3)

Dando respuesta a la pregunta ¿Cuál es el papel del mercado en las culturas del presente?

En primer lugar frente al papel del mercado en la cultura se puede observar para los años 20 el surgimiento de la sociedad de consumo como producto del desarrollo del capitalismo, la cual nace de un proceso de formación de consumidores que constituyó en un cambio cultural y social, que a su vez implicó cambiar la concepción de mercado para poner los productos al alcance de las masas, para 1880 surge el concepto de mercado de masas que implicó el desarrollo de la publicidad y la estandarización. Generando así la aparición de las marcas y una nueva relación entre esta y el consumidor. En el texto la Felicidad paradójica se menciona el surgimiento de "la civilización del deseo" construida a partir de la segunda mitad del siglo XX, influida por la multiplicación de las necesidades humanas que generó el paso del comercio basado en la oferta al comercio de la demanda, como estrategia del mercado para atender estas necesidades, a su vez se dio el surgimiento de la producción estandarizada. ^(1,3)

La economía ahora pasó a ser del comprador dando paso a lo que Gilles Lipovestsky llama el "homo consumericus de tercer tipo" descrito como un "hiperconsumidor" a que surgió a finales de los años 70, quien a través del consumo permanente, y el acceso a infinidad de placeres busca obtener un mayor bienestar que promueva una mejor calidad de vida que le permita encontrar la felicidad, pero lo que realmente significa es solo una satisfacción inmediata más que el logro de la felicidad. ⁽¹⁾

En segundo lugar dentro del capitalismo se desarrolló también la sociedad de las redes y el capitalismo informático que generó un gran cambio en las formas de consumo lo que se expresó en una nueva relación con las cosas, con los demás y con uno mismo mostrando así como el mercado genera cambios en la forma de concebir el lugar del hombre dentro la cultura. A tal punto que pertenecer a una red social abre un espacio en la vida social,

donde lo primordial es mostrar, lo que hace que el límite entre lo privado y lo público sea cada vez menos visible, límite que a la vez permite al comercio acceder a la información de los consumidores para realizar una evaluación masiva que caracteriza las potencialidades de cada uno, y así eliminar a estos clientes que no cumplen con el perfil de "hiperconsumidor", en otras palabras estos consumidores no puedan permanecer en el mercado.

^(1,2,3)

Zygmunt Bauman menciona como esta selección humana se traspasa a otros escenarios como fue el sistema de inmigración del Reino Unido que se basó en puntajes determinados por las habilidades útiles para la nación, para permitir así el ingreso de solo los más capacitados y útiles al país. Se ve entonces cómo el comercio influye en la cultura influencia que es expresada muy claramente en el texto Vida de consumo, Introducción o el secreto mejor guardado de la sociedad de consumidores:

"El éxito de los salones de belleza surge en parte de preocupaciones existenciales, y el uso de productos de belleza no siempre es un lujo. Por temor a ser descartados por obsoletos tanto las damas como los caballeros tiñen su cabello (...)" ⁽²⁾

Dando cuenta que el hombre es también una mercancía



que se convierte en un bien de cambio, que lo obliga a renovarse física e intelectualmente para permanecer en este mercado. El hombre fue homogenizado como sujeto productor y consumidor de aquello que produce, y a pesar que los diferentes avances tecnológicos permiten la comunicación entre los individuos en todo el globo, cada día se observan individuos más aislados puesto que el capitalismo establece un lazo de cada individuo con el objeto, no con otro individuo.

En conclusión en el capitalismo con el comercio los objetos mandan al individuo para producir más objetos, el hombre se convirtió en instrumento para producir y consumir, la abundancia que permite esta lógica de comercio generó una sociedad con mayor riqueza, pero así mismo con un aumento en el número de personas que viven en precariedad, evidenciado la desigualdad en la sociedad.

Lo que lleva a su vez a dar respuesta la siguiente pregunta ¿Quién determina el poder?

Lo desarrollado en este texto evidencia por un lado el papel del comercio en la cultura pero va orientando la respuesta a la anterior pregunta concluyendo que el poder está determinado por el capitalismo, por el objeto sobre el individuo y a su vez quien logre entrar en la lógica del capitalismo y hacer frutos de este comercio es quien tomará las riendas de este poder, ya mencionaba Lipovetsky (2007) "En cuanto al crecimiento de la economía mundial, vemos que se basa en gran parte en el consumo estadounidense, que representa algo menos del 70% del PIB de Estados Unidos y cerca del 20% de la actividad mundial."(1)

Bibliografía

1. Lipovetsky, G. . La felicidad paradójica.2007. Barcelona: anagrama.
2. Bauman, Z. (s.f.). Vida de consumo, Introducción o el secreto mejor guardado de la sociedad de consumidores.
3. Hobsbawn, E. Historia del siglo XX. 1999. Buenos Aires: Imprenta de los Buenos Ayres S.A.I, y C. P260- 345

Convocatorias y eventos

Tania Marcela Avila Urrea

Estudiante VII Semestre. Facultad de En Enfermería. Miembro del semillero de investigación RCUAE - FUCS

Evento

III Congreso Internacional Ibero Americano de Enfermería 2016

Temas del evento

"Investigación, Desarrollo y gestión del Conocimiento basado en la Evidencia"

"Continuidad de Cuidados: Competencias necesarias para la continuidad en Atención Primaria y Especializada"

"Enfermería de Urgencias y Emergencias" "Calidad y Seguridad Clínica"

Fecha de entrega

5 de marzo de 2016

Fecha y lugar del evento

11, 12 y 13 de mayo del 2016 en el Santa Marta ESTELAR Santamar Hotel & Centro de Convenciones

Link

<http://www.campusfunciden.com/iii-congreso-internacional-ibero-americano-de-enfermeria-2016/>

Evento

XV Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería

Temas del evento

Investigación en enfermería

Fecha de entrega

Consultar en la página

Fecha y lugar del evento

26 a 30 septiembre de 2016 en México D.F.

Link

<http://www.servimed.com.mx/coloquioenfermeria2016>

Evento

VII Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud

Temas del evento

Psicología de la salud

Fecha de entrega

Contactarse al correo: congreso alapsa2016@javerianacali.edu.co

Fecha y lugar del evento

Mayo 23 al 27 del 2016 en la Pontificia Universidad Javeriana Cali, Colombia

Link

<http://alapsa.javerianacali.edu.co/>

Evento

II CONGRESO INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Temas del evento

Promoción y educación para la salud en todos los niveles de atención, en especial al fortalecimiento de la iniciativa de las Escuelas Promotoras de la Salud, la Salud Escolar y Universitaria y la Salud de los trabajadores

Fecha de entrega

31 de enero de 2016

Fecha y lugar del evento

4 al 7 de abril de 2016 en el Palacio de Convenciones de La Habana, Cuba

Link

<http://alapsa.javerianacali.edu.co/>

Evento

XX Jornadas de Nutrición Práctica y X Congreso Internacional de Nutrición, Alimentación y Dietética

Temas del evento

Nutrición, Alimentación y Dietética

Fecha y lugar del evento

13 al 15 de abril de 2016 en Madrid (España)

Link

<http://congresos-medicos.com/congresos/medicina-preventiva-y-salud-publica/>

Evento

International Congress of tropical Medicine and Malaria 2016

Temas del evento

Medicine and Malaria

Fecha y lugar del evento

18 al 22 de septiembre de 2016 en Brisbane (Australia)

Link

<http://congresos-medicos.com/congreso/international-congress-of-tropical-medicine-and-malaria-2016-3705>

Evento

XI Congreso Internacional de Informática en Salud 2016

Temas del evento

Collaborative work and learning network, Networking for nursing development.

Fecha y lugar del evento

Marzo 14 al 18 de 2016 en el Palacio de las Convenciones

Link

<http://www.informaticahabana.cu/ocs/index.php/informatica-2016/salud-2016>

Evento

25° Foro internacional OES

Temas del evento

Calidad para la sostenibilidad en salud

Fecha de entrega

30 de enero de 2016 a las 5:00 pm

Fecha y lugar del evento

mayo 18 al 20 de 2016 en el centro de convenciones Hilton , Cartagena de Indias.

Link

http://www.oes.org.co/productos/foro/foro_2016/



FUCS

¿Aún no has actualizado tu CvLAC?

Recuerda que debe estar registrada toda tu producción científica para ser reconocido a través de la **Convocatoria para medición y reconocimiento de grupos e investigadores de COLCIENCIAS.**

No olvides solicitar la vinculación de tus productos al grupo de investigación.



• Consultanos



COLCIENCIAS
Ciencia, Tecnología e Innovación

Si tienes preguntas acerca del diligenciamiento de este formato, no dudes en escribirnos a:

Igramirez@fucsalud.edu.co | afajardo@fucsalud.edu.co

Oficina de Gestión del conocimiento

Teléfono: 353 8100 ext. 3551

www.fucsalud.edu.co

Un camino a la evidencia

Cuidados para el manejo del pie diabético en pacientes ambulatorios. Reportados por la literatura disponible.

Ruth Alexandra Castiblanco Montañez* y Alejandra Villada Arango**.

*Enfermera. Instructora asistente. FUCS. Bogotá-Colombia.

**Enfermera. Facultad de Enfermería. FUCS. Bogotá-Colombia.

Descripción de la duda clínica

Práctica habitual

Al ingresar un paciente con pie diabético a la consulta, se organiza el material para realizar la curación y una vez finalizada se ingresan en el sistema los datos, estado de la herida, tratamiento y plan de atención de enfermería. Sin embargo, en este punto no se cuenta con un plan de cuidado de las heridas que oriente al paciente en su manejo ambulatorio y que aporte en la resolución de sus dudas sobre el manejo y el proceso que van a seguir con la misma.

Actualmente, estas recomendaciones son emitidas de acuerdo a la experiencia y conocimientos del profesional de enfermería encargado del servicio de Clínica de Heridas.

En consecuencia, existe una necesidad de establecer un plan de egreso estandarizado en la historia clínica y que se pueda entregar en el egreso al paciente para el manejo de pie diabético en casa que contemple los mejores cuidados desde la evidencia científica.

Situación del paciente

En muchos casos, durante la consulta y la valoración de la herida, se han detectado dudas y desconocimiento en los pacientes relacionados con el manejo y curación del pie diabético en casa; lo cual, puede afectar negativamente la recuperación y evolución de la herida ya que se llevan a cabo recomendaciones generales, pero no específicas con la misma.

Problema planteado

Se ha evidenciado en las consultas diarias, atendidas en la Clínica de Heridas del Hospital de San José de Bogotá-Colombia (HSJ) que el desconocimiento sobre el cuidado de la herida en casa es el factor más referido por los pacientes con pie diabético relacionado con la falta de evolución y mejoría satisfactoria de la lesión.

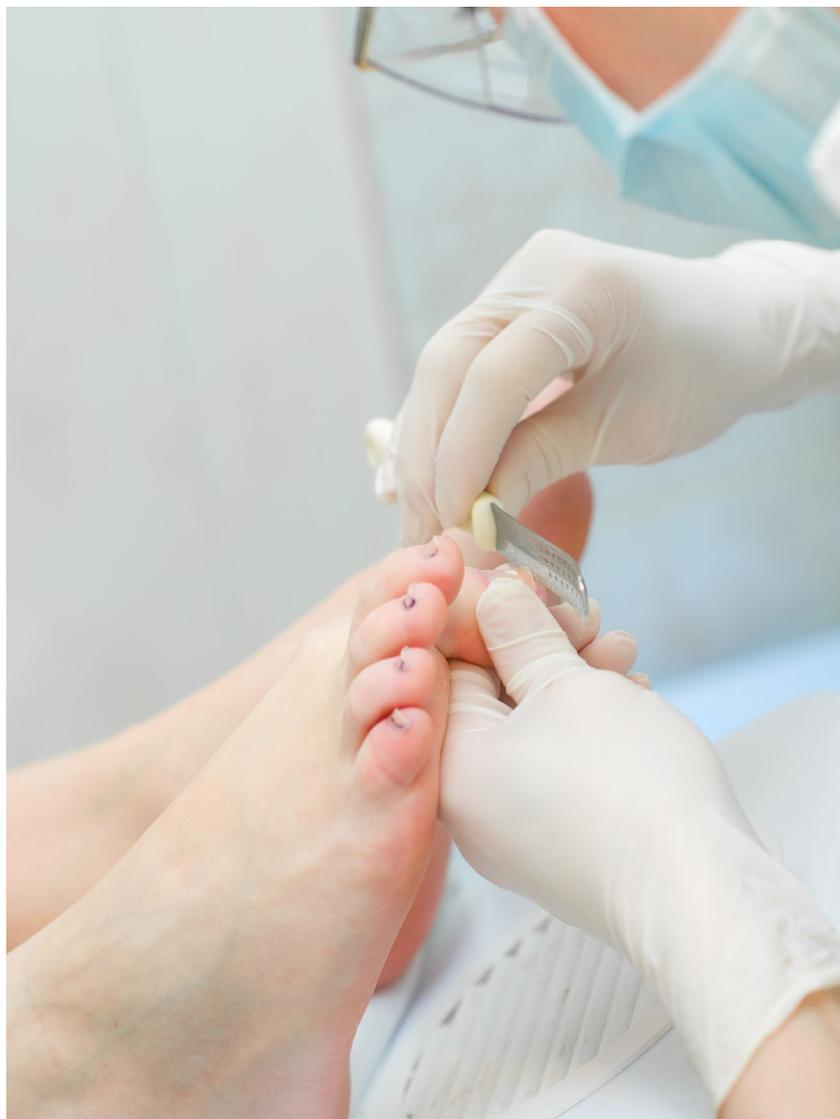
Una de las dificultades que enfrenta el equipo de salud en los centros de clínicas de heridas, es la mala adherencia de los pacientes al tratamiento. ⁽¹⁾ En la medida en que los pacientes logran adherirse al tratamiento, logran también una mejor calidad de vida; La experiencia clínica demuestra que

la herramienta más utilizada por el equipo de salud para aumentar la adherencia en los pacientes es la educación. ⁽¹⁾

Por tanto, es primordial el trabajo con el paciente y su familia para garantizar por medio de la educación una participación activa de ambos dentro del proceso de recuperación y rehabilitación. Por tal motivo, se considera que el cuidado integral del paciente debe ser planeado y administrado con la filosofía de trabajo en equipo, en coordinación con el grupo médico, enfermería y demás disciplinas de la salud, enmarcado dentro de una cultura de seguridad para el paciente. ⁽¹⁾

En el caso específico de pacientes susceptibles de complicaciones del pie diabético, la información sobre su enfermedad y el cuidado preventivo promueven la reducción de complicaciones; asimismo, un cuidado meticuloso de la herida y la educación apropiada al paciente ha demostrado reducir las amputaciones asociadas a la diabetes en un 50%. ⁽¹⁾

De este modo, la enseñanza al paciente y a los profesionales de la salud sirve como estrategia para la reducción de factores de riesgo y la



prevención de la pérdida de miembros debido a la enfermedad, así como a reducir los costos de atención por complicaciones, ya que mejora el control glucémico de la población con diabetes. ⁽¹⁾

Por último, se hace importante resaltar el modelo de atención de enfermería de Dorothea E. Orem, en aras de lograr un mejor manejo de esta alteración, con acciones y medidas individualizadas, donde el profesional de enfermería debe planear estrategias para lograr la independencia, a fin de fomentar el autocuidado en los pacientes y hacerlos partícipes de las medidas preventivas como la dieta, el ejercicio, los conocimientos y el control de la enfermedad. ⁽²⁾

Preguntas susceptibles de respuesta

¿Por qué es necesario disponer de un plan de cuidados para los pacientes con pie diabético?

¿De qué manera debo realizar la curación de pie diabético en casa?

¿Qué implementos se deben usar para realizar la curación del pie diabético en casa?

¿Cada cuánto se debe realizar la curación del pie diabético en casa?

Metodología

Resolución de duda clínica utilizando la metodología de Práctica de enfermería basada en la evidencia, mediante una búsqueda sistemática de la literatura publicada entre los años 2005 y 2015, en idiomas español e inglés, disponible en el Metabuscador google académico y las bases de datos Scielo, Ciberindex, CINAHL-Enfermería, Pubmed, The Cochrane Library y Ebsco Host, relacionada con el objeto de estudio.

Este proceso se efectuó entre el periodo de junio y agosto de 2015, utilizando ecuaciones de búsqueda elaboradas a partir del operador booleano AND y los términos DeCS: Atención de enfermería, pie diabético, Cuidados de enfermería, autocuidado, pacientes ambulatorios y manejo de atención al paciente.

La búsqueda estuvo orientada por niveles de evidencia, mediante la cual se inició el rastreo por meta análisis, pero al no encontrar evidencia en estos niveles se buscó revisiones sistemáticas, guías de práctica clínica (GPC), revisiones bibliográficas donde se detuvo debido a los hallazgos. La selección de los artículos se efectuó por título, por resumen y por texto completo de acuerdo al contenido, su relación y aporte al objeto de estudio.

Todas las unidades de análisis finales se sometieron a una lectura crítica y a una clasificación por grado de evidencia y de recomendación para evaluar la validez de las GPC, RS, revisiones bibliográficas teniendo en cuenta la propuesta del Centre for Evidence-Based Medicine (CEBM) de Oxford. ⁽³⁾ (Ver tablas 1 y 2)

Nivel de evidencia	Tipo de estudio
1a	Revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados, con homogeneidad.
1b	Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza estrecho.
1c	Práctica clínica ("todos o ninguno") (*)
2a	Revisión sistemática de estudios de cohortes, con homogeneidad.
2b	Estudio de cohortes o ensayo clínico aleatorizado de baja calidad (**)
2c	Outcomes research (***), estudios ecológicos.
3a	Revisión sistemática de estudios de casos y controles, con homogeneidad.
3b	Estudio de casos y controles.
4	Serie de casos o estudios de cohortes y de casos y controles de baja calidad (****)
5	Opinión de expertos sin valoración crítica explícita, o basados en la fisiología, bench research o first principles (*****)

Se debe añadir un signo menos (-) para indicar que el nivel de evidencia no es concluyente si:

- Ensayo clínico aleatorizado con intervalo de confianza amplio y no estadísticamente significativo.
- Revisión sistemática con heterogeneidad estadísticamente significativa.

(*) Cuando todos los pacientes mueren antes de que un determinado tratamiento esté disponible, y con él algunos pacientes sobreviven, o bien cuando algunos pacientes mueren antes de su disponibilidad, y con él no muere ninguno.

(**) Por ejemplo, con seguimiento inferior al 80%.

(***) El término outcomes research hace referencia a estudios de cohortes de pacientes con el mismo diagnóstico en los que se relacionan los eventos que suceden con las medidas terapéuticas que reciben.

(****) Estudio de cohortes: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas y/o sin seguimiento completo y suficientemente prolongado. Estudio de casos y controles: sin clara definición de los grupos comparados y/o sin medición objetiva de las exposiciones y eventos (preferentemente ciega) y/o sin identificar o controlar adecuadamente variables de confusión conocidas.

(*****) El término first principles hace referencia a la adopción de determinada práctica clínica basada en principios fisiopatológicos.

Tabla 1 Niveles de evidencia (CEMB) (4)

Grado de recomendación	Significado
A	Extremadamente recomendable.
B	Recomendación favorable.
C	Recomendación favorable pero no concluyente.
D	Ni se recomienda ni se desaprueba.

Tabla 2 Significado de los grados de recomendación (4)

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA HERIDA.			
Autor	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Recomendación
Ministerio de Sanidad (2008).	2a	A	<ul style="list-style-type: none"> × Inspeccionar los pies diariamente para evitar complicaciones en la herida. × Ubicarse en un área con buena iluminación; para obtener una mayor visibilidad. × Utilizar un espejo y gafas de ser necesario. × Detenerse y observar cuidadosamente el área entre los dedos, por debajo de ellos y en la parte de arriba en busca de deformidades, callosidades, heridas o encarnación de uñas.
Barrios, J; cols (2009)	1b	A	
Ministerio de Sanidad (2008).	2a	B	Evalué la correcta circulación sanguínea en los pies: <ul style="list-style-type: none"> × La coloración de la piel no debe estar roja, ni morada. × La temperatura no debe estar muy caliente, ni muy fría. × No debe presentar dolor al caminar o en reposo.
Soares, F; Cols (2014)	3b	B	Para proteger los pies diariamente puede aplicar crema hidratante diariamente en los pies, visitar regularmente al podólogo; recuerde siempre andar con zapatos.
Soares, F; Cols (2014)	3b	B	Inspeccione con la mano el interior de los zapatos para detectar protuberancias, costuras con rebordes o cuerpos extraños dentro de ellos, para evitar causarse una herida o complicar la existente.

Finalmente, se construyeron las tablas de recomendaciones agrupadas por categorías de cuidado construidas.

Resultados

De acuerdo con los criterios de búsqueda se encontraron 31 artículos en total, por lo cual las unidades de análisis finales fueron en total seis, que correspondían a revisiones sistemáticas RS, (1) Guías de Práctica Clínica GPC (3), y revisión de bibliografía (2) aportando respuesta a las preguntas planteadas al inicio de la búsqueda.

Posterior a la selección final de las unidades de análisis se efectuó una evaluación de evidencia y una clasificación de las recomendaciones de acuerdo a las áreas de cuidado emergentes, con lo que se construyeron las tablas finales de recomendaciones de egreso para el cuidado de paciente con pie diabético. (5,6,7,8,9,10)

RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE COMPLICACIONES DE LA HERIDA.			
Barrios, J; cols (2009)	1b	B	Estar en reposo, utilizar vendajes en la herida para proteger de infecciones y si es necesario utilizar muletas u otras modalidades que permitan el descanso del área afectada.
García, N; (2014)	2b	B	
Ministerio de Sanidad (2008).	2ª	B	Para obtener mejores resultados con su herida, es importante disminuir la presión plantar para la prevención y tratamiento del pie diabético; para ello se recomienda utilizar calzado terapéutico, implementación de plantillas de goma o con su sistema de acolchonamiento.
Castro, G; cols (2009)	5	D	
	3b	B	
García, N; (2014)	2b	B	Controle rigurosamente su nivel de azúcar en sangre (glicemia) Realícese diariamente esta prueba ya que le permite un mayor manejo de su enfermedad y reducir las complicaciones vasculares como amputaciones de miembros.

HIGIENE -MANTENGA SUS PIES LIMPIOS PARA EVITAR COMPLICACIONES			
Autor	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Recomendación
Grinson, D; Cols (2005)	1a	A	<p>Si desea realizarle un baño a sus pies, recuerde pedir el favor a uno de los integrantes de su familia que compruebe la temperatura del agua, para evitar provocar una quemadura debido a la pérdida de sensibilidad que le causa la enfermedad.</p> <p>Debe lavar los pies diariamente con agua y jabón neutro y Secarlos con delicadeza, especialmente entre los dedos para evitar la aparición de hongos o pérdida de la piel causada por la humedad.</p>

ALIMENTACIÓN INDICADA PARA LA RECUPERACIÓN			
Autor	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Recomendación
Ministerio de Sanidad (2008).	1a	A	<p>Una dieta sana (alta en fibra y grasa poliinsaturada y baja en ácidos grasos trans y azúcares) tiene mayor impacto en el disminuir y controlar el riesgo de complicaciones en las heridas por la diabetes.</p> <p>Se pueden consumir los siguientes alimentos:</p> <p>Alimentos con fibra como lechuga, acelga, zanahorias crudas y espinaca, Verduras tiernas cocidas, como espárragos, remolachas, champiñones, nabos y calabaza, Brócoli, alcachofas, calabazas y judías verdes.</p> <p>Alimentos con grasas poliinsaturadas como aceite de soja, aceite de oliva, nuez, omega 3 y 6, pescado, huevo y aguacate.</p> <p>Alimentos que debe evitar consumir:</p> <p>Alimentos bajos en ácidos grasos como todos los derivados de los lácteos, carnes fritas en aceites reutilizados, galletas, tortas, helados, alimentos fritos.</p> <p>Alimentos con azúcares como dulces, panelas o miel.</p>
García, N; (2014)	2b	B	
Ministerio de Sanidad (2008).	2b	B	Adecuar su dieta consumiendo un alto nivel de vegetales, fruta, pescado y aves. Esta dieta ayuda a su cuerpo a generar los elementos necesarios para una adecuada cicatrización reducción en complicaciones de la herida.
Grinson, D; Cols (2005)	1ª	A	

ALIMENTACIÓN INDICADA PARA LA RECUPERACIÓN

Ministerio de Sanidad (2008).	1b	A	Para obtener un control glucémico es de vital importancia Las dietas basadas en alimentos con bajos índices de harinas y azúcar ya que muestran una tendencia favorable en el manejo de la diabetes.
-------------------------------	----	---	--

RECOMENDACIONES SOBRE LA ACTIVIDAD FÍSICA

Autor	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Recomendación
Ministerio de Sanidad (2008).	2b	B	Para ayudar a sus pies a tener una mejor circulación sanguínea realice una actividad física moderada de aproximadamente 40 minutos.
Grinson, D; Cols (2005)	1ª	A	Si usted obtiene una mejor circulación sanguínea le permitirá a sus tejidos llevar oxígeno y nutrientes para la generación de una cicatrización.

TRATAMIENTO DE PIE DIABÉTICO (APÓSITOS)

Autor	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Recomendación
García, N; (2014)	2b	B	Una vez realizado el lavado del pie recuerde coger una gasa limpia y retirar la capa amarilla que se observa en la herida más conocido como fibrina; a este procedimiento se le denomina desbridamiento mecánico y le permite mantener la herida con células renovadas y una aceleración de llamado de piel, para obtener mejores resultados se recomienda mantener un ambiente húmedo utilizando el apósito que le sea indicado.
Grinson, D; Cols (2005)	1a	A	
Ministerio de Sanidad (2008).	2c	D	Los apósitos protegen las heridas de posibles traumas, absorben el exudado, y pueden mejorar la infección que se presente en la herida promoviendo la cicatrización de las úlceras.

TRATAMIENTO DE PIE DIABÉTICO (DESBRIDAMIENTO)

Autor	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Recomendación
Ministerio de Sanidad (2008).	5	D	Se recomienda eliminar el tejido necrótico diariamente (25 a 50 ml) acompañado de una adecuada limpieza para obtener la aparición de tejido nuevo y mejoramiento de la circulación de la sangre por las venas del pie afectado, generando en aproximadamente 6 días las condiciones óptimas para la cicatrización.
Castro, G; cols (2009)	2c	D	
García, N; (2014)	2b	B	En el caso de una isquemia grave, el desbridamiento debe realizarse con mucho cuidado, ya que es esencial no dañar el tejido viable (realizarlo con ayuda de un especialista o bajo recomendaciones directas del profesional de clínica de heridas).
Grinson, D; Cols (2005)			

TRATAMIENTO DE PIE DIABÉTICO (DESBRIDAMIENTO)			
Ministerio de Sanidad (2008).	1b	A	Se ha evidenciado que los hidrogeles utilizados como desbridantes, son significativamente más efectivos que la gasa impregnada con vaselina.
Grinson, D; Cols (2005)	1a	A	

FÉRULAS Y DISPOSITIVOS PARA ALIVIAR LA PRESIÓN			
Autor	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Recomendación
Ministerio de Sanidad (2008).	1º	A	La implementación de férulas de contacto total han demostrado ser más efectivas en tratar la ulceración plantar que los vendajes tradicionales como método de protección y mejoramiento en el estado de la herida.
Ministerio de Sanidad (2008).	2b	B	Las férulas de contacto total están contraindicadas en caso de osteomielitis (infección en el hueso).

SOLUCIONES RECOMENDADAS			
Autor	Nivel de evidencia	Grado de recomendación	Recomendación
Barrios, J; cols (2009)	1b	A	Recuerde que las células para generar el proceso de cicatrización requieren humedad para. Se recomienda Utilizar Alcohol yodado + polvo de sulfa y neutroderm (componente líquido que permite desinfectar las heridas). NOTA: estas soluciones resecan la piel por lo que solo se puede poner en la herida por impregnación con gasas.
Grinson, D; Cols (2005)	1a	A	
García, N; (2014)	3b	B	Se recomienda que en el momento en que usted se realice la curación, primero descubra la herida, se coloque unos guantes limpios y lave la herida aplicando suero fisiológico más conocido como solución salina; luego Valorar la lesión cada 2-3 días con el fin de observar mejoría y brindar un cuidado preventivo de adquirir una infección .
Barrios, J; cols (2009)	1b	A	
Grinson, D; Cols (2005)	1a	A	
Soares, F; Cols (2014)	3b	B	Solo se puede poner en la herida por impregnación con gasas las siguientes sustancias). <ul style="list-style-type: none"> • Cloruro de benzalconio (antiséptico al 0,0002 %) • Aplicación de pomadas con antimicrobianos (son cremas que contienen una sustancia que permite tratar la infección desde la parte tópica como lo es el ácido fusídico o mupirocina; luego de la limpieza y aplicación de la crema recuerde colocar un vendaje en el miembro afectado.

Conclusiones

Lo encontrado responde a las preguntas efectuadas y se relacionan con la práctica que se lleva en la institución, pero que ahonda en la justificación y beneficios o excepciones.

Debido a que no se encontraron estudios de alta evidencia como metanálisis. Los artículos utilizados para dar respuesta son en su mayoría de evidencia baja se recomienda continuar estudiando la efectividad del autocuidado en la curación del pie diabético en los pacientes que lo padecen.

¿Por qué es necesario disponer de un plan de cuidados para los pacientes con pie diabético?

La atención eficiente de los pacientes diabéticos implica un trabajo coordinado y multidisciplinar con la participación de la atención primaria y especializada. La diabetes mellitus tipo 2 es una enfermedad en la que constantemente se están produciendo avances, tanto en el diagnóstico como en lo que se refiere a su manejo y tratamiento; Este estudio aporta elementos conceptuales que servirán de apoyo para los pacientes que tiene pie diabético y con los cuales se les facilitara su autocuidado y curación de la herida; generar planes de egreso comprensible y de fácil consulta para los pacientes de manera que se favorezca la recuperación de la herida. (10)

Esta guía podrá garantizar que el tratamiento y seguimiento del enfermo diabético cumple con los mejores criterios y estándares de calidad asistencial. Para ello se recomienda adoptar dichas recomendaciones.

Por otro lado se ha evidenciado la necesidad de implementar estos cuidados con el fin de proporcionar a los profesionales sanitarios encargados de la asistencia a pacientes diabéticos una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones sobre los problemas que plantea su atención, mayor control de la herida evitando mayores complicaciones.

La educación del paciente parece influir de manera positiva en el conocimiento acerca del cuidado de los pies y en el comportamiento de los pacientes dando excelentes resultados y evitando complicaciones de las heridas. (10)

¿De qué manera debo realizar la curación de pie diabético en casa?

Según la literatura encontrada se recomienda realizar un baño con agua y jabón neutro o solución salina; secar con una toalla o gasas limpias sin ser reutilizadas; es aconsejable implementar un desbridamiento mecánico en caso de observar tejido necrótico o mucho contenido de fibrina con una gasa y utilizando un sistema de fricción no tan fuerte; esto se hace con el fin de forzar a la piel a generar nueva piel sana para una correcta cicatrización; después de dicho procedimiento debe aplicar el hidrocoloide recomendado por el especialista y bajo las recomendaciones brindadas por el mismo, finalmente debe utilizar medias de compresión o un vendaje que brinde una mejor circulación al miembro afecto y utilizar zapatos ortopédicos o plantillas de goma que brinden un sistema de acolchonamiento a la herida, evitando un golpe o maceración a la herida.

¿Qué implementos se deben usar para realizar la curación del pie diabético en casa?

Esta guía de buena práctica en enfermería es un documento exhaustivo que ofrece los recursos necesarios para la práctica de la enfermería basada en la evidencia. Debe ser revisada y puesta en práctica en función de las necesidades específicas de la institución o del entorno e instalaciones, así como las necesidades y preferencias del paciente.

En el momento de realizar la curación de la herida, es aconsejable tener presente los siguientes suministros para realizar el desbridamiento en caso de ser requerido, aplicación de gel coadyuvante para la cicatrización y/o cambio del apósito implementado; es aconsejable ubicarse en un lugar donde obtenga buena iluminación; posteriormente ubique todos los elementos a la mano que serán mencionados a continuación y realice un lavado de manos:

- Un par de guantes limpios
- Una toalla limpia
- Gasas estériles
- Solución salina
- Tener lista la crema recomendada por el especialista
- Tener listo según la medida el apósito recomendado por el especialista
- Medias de compresión
- Esparadrapo
- Tijeras

¿Cada cuánto se debe realizar la curación del pie diabético en casa?

La curación de la herida debe realizarse una vez al día, puede ser en el momento que realice su baño diario o en caso de tener algún apósito especial es recomendable realizarla cada tercer día; según indicación brindada por el especialista.

Bibliografía

1. Antuña, R. Clínica diabetologica. Infodiabetes. 2015;5(1):1-10. Consultado agosto de 2015. Disponible en: <http://clinidiabet.com/legal.htm>.
2. González, P. Atención de Enfermería en el paciente con pie diabético desde una perspectiva de autocuidado. Investigación en Enfermería. 2008;10(2):63-95. Consultado: agosto de 2015. Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/102.pdf>
3. Oxford Centre for Evidence-based Medicine. Levels of Evidence. March 2009. Consultado: julio de 2015. Disponible en: <http://www.cebm.net/oxford-centre-evidence-based-medicine-levels-evidence-march-2009/>
4. Primo, J. Niveles de evidencia y grados de recomendación (I/II). Enfermedad Inflamatoria Intestinal al día. 2003; 2(2):39-42. Consultado: septiembre de 2015. Disponible en: <http://www.svpd.org/mbe/niveles-grados.pdf>
5. Barrios, J; Héctor, T; Álvarez, D; Toledo, A; Fernandez, J; Torres, H; Chirino, N; Pérez, C; Concepción, D; Gutiérrez, W; Franco, N. Manual para la prevención, diagnóstico y tratamiento del pie diabético. Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul. 2009;10(1):42-46. Consultado: julio del 2015. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/ang/vol10_1_09/ang06109.pdf
6. García, N; Proceso efectivo para tratar una úlcera grado I del pie diabético. Universidad euskal herriko, facultad de ciencias de la salud. 2014. Consultado: julio del 2015. Disponible en: <https://addi.ehu.es/bitstream/10810/13016/3/PIE.pdf>
7. Castro, G; Liceaga, G; Arrijoja, A; Calleja, J; Espejel, A; Flores, J; García, T; Hernández, S; López, E; Martínez, F; Nettel, J; Romero, R; Rosas, J; Wachter, N; Cote, L; Guzman, R; Bladinieres, E; Marquez, G; Alvares, E. Guía clínica basada en evidencia para el manejo del pie diabético. med int mex. 2009;25(6): 481-526. Consultado: julio del 2015. disponible en: <http://piediabeticoceped.com/mi%206-11%20guia.pdf>
8. Soares, F; Meier, M; Janislei, J; Crozeta, K; Ribas, J. La efectividad del hidrocoloide versus otros apósitos en la cicatrización de úlceras por presión en adultos y ancianos. Latino-Am. enfermagem. 2014; 22 (3): 511-520 Consultado: agosto del 2015. disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n3/es_0104-1169-rlae-22-03-00511.pdf
9. Grinspon, D; Moreno, T; Cols. Registered Nurses' Association of Ontario. Guía de buenas práctica en enfermería, valoración y manejo de las úlceras del pie diabético. Versión española traducida de: Registered Nurses' Association of Ontario. Foot ulcers for people with Diabetes. Toronto, Canada. 2005. Consultado: agosto del 2015. disponible en: http://www.evidenciaencuidados.es/es/attachments/article/46/ValoracionManejoPieDiabetico_022014.pdf
10. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de práctica Clínica sobre Diabetes tipo II. Vitoria-Gasteiz. 2008. Consultado Agosto del 2015. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_429_Diabetes_2_Osteba_compl.p

Otros Apuntes

Narrativa: Disfrutando un nuevo ser

Deysy Yanira Ramirez Zarate
Estudiantes de Enfermería VII Semestre.
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud



El 15 de octubre inicia mi rotación en sala de partos a las 7:00 de la mañana, luego de haber realizado el lavado de manos entre a la sala donde se encontraba la señora VRBM, paciente femenina de 25 años de edad, G1-PO-AO-CO-VO, quien estaba dando a luz su primer hijo. Se encontraba en el periodo expulsivo, en posición de litotomía, quien presentaba facies de dolor, temor, cansancio por el momento que estaba pasando y el miedo a lo desconocido ya que esto era su primera experiencia en este contexto.

La sala de parto es un espacio, en el que se escuchan ruidos de monitores, muchas conversaciones y a la vez es un ambiente desconocido para toda primigestante de lo que acontecerá, lo cual genera un mayor nivel de estrés, todas estas circunstancias me motivaron a darle mi apoyo, me hice junto a ella, le tome la cabeza y la empecé animar diciéndole que cuando llegara la contracción pujara, que pronto terminaría la etapa de mayor esfuerzo; a la vez le toque el vientre para saber las características de la contracción. Me sentí muy emocionada cuando coronó y me dio mucha felicidad cuando ella nombró a su hijo, fue un momento de armonía y satisfacción para ella, me di cuenta de ello porque su rostro cambio del dolor y de cansancio a la alegría, dejó salir una lágrima y demostró el amor hacia el hijo con un beso.

Desde ese momento empezó una mayor empatía por la paciente, porque revivió el momento en que me hice madre y llamó a su hijo como el mío. Posterior a ello la pediatra debía trasladar al recién nacido para verificar la adaptación del neonato a la vida extrauterina, entonces le explique lo que ocurriría diciéndole: "mire a su hijo, lo vamos a llevar a la sala de adaptación para pesarlo, tallarlo, examinarlo y cuidarlo, durante el tiempo que usted permanezca en la sala de parto y se termina el procedimiento, cuando se encuentre en sala de recuperación y se sienta en condiciones aptas se reencontrará con su hijo".

El ginecólogo que asistió el parto decidió realizar una episiotomía a la paciente y en el momento de la episiorrafia, por el dolor, se movía mucho; por lo que le pedimos colaboración, le dije: "vamos, ya es lo último, respire profundo y trate de manejar el dolor con la respiración", de igual manera la doctora le administró más anestesia local. Al terminar el procedimiento la tensión arterial mostraba alteraciones, esto también despertó curiosidad en mí, por lo que indagué sobre los antecedentes familiares, a lo cual la paciente refirió que la madre es hipertensa, además me informó que: "no siempre estuve bien"; además me informó que había asistido a cinco controles prenatales.

Mientras le realizaba el baño genital converse con ella, indagando sobre su situación familiar, me contó que tenía 25 años, estudió el bachillerato completo, trabaja como operadora de un call center. Posterior la organice, le administre 1 gramo de acetaminofén, le explique que era para el dolor y la trasladamos a recuperación.

De igual manera le explique los signos de alarma como escalofrío, sudoración, hormigueo, para que nos avisara a tiempo; palpe su útero encontrándose tónico, le indique donde se encontraba su útero y que siempre tenía que estar así de duro y que debía hacerse masaje para que la sangre fuera saliendo y el útero se volviera más duro y pequeño; que esto se hacía para prevenir sangrados y cólicos muy dolorosos (entuestos), además le informé en un lenguaje sencillo para ella sobre la importancia de continuar con el masaje uterino para extraer restos placentarios. La monitoricé para conocer el estado de choque y le entregué al bebé, le ayude a colocarlo en el pecho, le explique cómo lactar y la importancia de la leche materna para el hijo, al igual que los beneficios que trae la lactancia materna para ella. Pude ver que tenía una técnica adecuada.

Continúe conversando con ella, expresó que la menarquia le llegó a los 14 años e inició su vida sexual a los 16 años, ella es oriunda del Tolima, vive en Bogotá con su esposo y ahora con su bebé; a pesar que sus padres son separados tienen una bonita relación, vive cerca de su hermana. También me contó que ella va a cuidar de su bebé, puesto que este fue el acuerdo al que llegaron con su pareja. Además me contó que antes de su esposo, tuvo dos parejas, por lo que indagué si se practicaba la citología periódicamente, pero refirió nunca habérsela realizado, por lo que la invite a realizarla anualmente por el riesgo de cáncer de cuello uterino.

Reflexione con ella sobre la importancia de su salud para poder disfrutar a su hijo y lograr todos los proyectos que tenga. Ella me agradeció por las intervenciones, pero le manifesté que la mejor manera de agradecerme es cuidándose y haciéndose los chequeos médicos y la citología cada año, puesto que el autocuidado es una forma de demostrar amor propio.

Luego tuve que atender otra mujer en trabajo de parto, pero me sentí muy bien por lo que pude identificar el déficit de autocuidado y las necesidades de esta paciente y así ofrecer un poco de mis conocimientos para estimular prácticas saludables. Es importante que cambiemos nuestra mentalidad respecto a la salud, ya que en cualquier campo de práctica y en todo momento se puede dar educación y hacer eficaz el proceso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Agradecimientos:

Alex Julián Pacheco P. Instructor asistente Facultad de Enfermería. Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, por su acompañamiento en el desarrollo, revisión y edición de la narrativa.



¿Cuántas veces hemos tenido la intención y el deseo de publicar y dar a conocer nuestras experiencias profesionales e investigativas pero por diversas razones terminamos desechando la idea?

**El semillero de investigación de la Facultad de Enfermería
Red del Cuidado Ciencia y Arte de Enfermería - RCUAE,
de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS**

Invita a estudiantes, docentes, académicos y profesionales del área clínica y comunitaria a publicar sus trabajos de investigación, informes preliminares de investigación, ponencias, ensayos y otros artículos relacionados con el área de la salud y de los cuidados en nuestro boletín electrónico



“Nostro Discere”

Un espacio flexible y amigable, que busca potenciar las habilidades de escritura científica de todas y todos, donde se “aprende haciendo”.

Envíe sus escritos con un extensión de máximo dos mil palabras o cuatro cuartillas, en Microsoft Word, tamaño carta, a espacio sencillo, sin espacios adicionales entre párrafos y títulos.
Tipo de letra: Times New Román; Tamaño: 12; todos los márgenes de: 2,5 cm.
a: boletin.nostro.discere@fucsalud.edu.co

Conozca nuestra política editorial en www.fucsalud.edu.co

Viva esta experiencia formativa
para la Comunicación Científica.



FUNDACIÓN UNIVERSITARIA
DE CIENCIAS DE LA SALUD
FUCS