



PARANINFO DIGITAL

MONOGRÁFICOS DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

ISSN: 1988-3439 - AÑO VIII – N. 20 – 2014

Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n20/152.php>

PARANINFO DIGITAL es una publicación periódica que difunde materiales que han sido presentados con anterioridad en reuniones y congresos con el objeto de contribuir a su rápida difusión entre la comunidad científica, mientras adoptan una forma de publicación permanente.

Este trabajo es reproducido tal y como lo aportaron los autores al tiempo de presentarlo como COMUNICACIÓN DIGITAL en "JÓVENES Y SALUD ¿Combatir o compartir los riesgos?" **Cualisalud 2014 - XI Reunión Internacional – I Congreso Virtual de Investigación Cualitativa en Salud**, reunión celebrada del 6 al 7 de noviembre de 2014 en Granada, España. En su versión definitiva, es posible que este trabajo pueda aparecer publicado en ésta u otra revista científica.

Título **Registro de los principales diagnósticos de enfermería en el edema agudo de pulmón**

Autores Luis Albendín García, María Begoña Martos Cabrera, Marina Bueno Gómez

Centro/institución Área de Gestión Sur de Córdoba

Ciudad/país Priego de Córdoba (Córdoba), España

Dirección e-mail lalbendin@yahoo.es

TEXTO DE LA COMUNICACIÓN

Introducción

El edema agudo de pulmón (EAP) es una de las formas más comunes de presentación del la insuficiencia cardiaca (IC). Es un cuadro de elevada mortalidad, que requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento emergente. El EAP es consecuencia del paso de líquido a través de la membrana alveolo capilar, se suele derivar de un episodio cardiaco agudo. En su manejo es esencial una correcta identificación y evaluación clínica^{1,2}.

Factores desencadenantes más frecuentes son: Infarto agudo del miocardio (IAM), descompensación aguda de una insuficiencia cardiaca crónica por abandono del tratamiento (dieta con aumento del contenido en sodio, no ingestión de fármacos diuréticos, IECA, nitritos, digitálicos), Hipertensión arterial no controlada, Aumento de las demandas metabólicas (anemia, fiebre, ejercicio físico, embarazo, tirotoxicosis, estrés), Ingestión de medicamentos cardiodepresores (betabloqueantes, antiarrítmicos, antagonistas del calcio no dihidropiridinas), entre otras^{2,3,4}.

En el tratamiento, el objetivo inicial es asegurar la situación hemodinámica y la corrección de la hipoxemia. Vasodilatadores como nitroglicerina, diuréticos de asa y, de forma puntual, opiáceos son otras de las medidas terapéuticas a utilizar^{2,3}

La mayoría de los estudio muestran cifras totales de prevalencia del edema agudo de pulmón superiores a la descrita por la bibliografía en otros países de nuestro entorno. Aunque según refieren que esta discrepancia en los datos podría deberse a las

diferencias metodológicas de los distintos trabajos revisados, a según recogen diversos estudios más de 5.000 muertes tienen su origen en el edema agudo de pulmón en España y más de 20.000 en los países de nuestro entorno como Portugal, Francia e Italia^{3,4}.

Los cuidados de la enfermería en el tratamiento del edema agudo de pulmón (EAP), no son solo los centrados en disminuir las lesiones a nivel celular, sino de educar y favorecer el conocimiento del paciente sobre signos y síntomas de alerta temprana, para detección de complicaciones.

Los diagnósticos de enfermería que más nos encontraremos en relación a esta patología serán los que Virginia Henderson establece en su primera necesidad.

La atención a los pacientes con problemas respiratorios en las urgencias extrahospitalarias, se han convertido en uno de los principales ámbitos de trabajo. Las necesidades que de estas demandas se desprenden nos obligan al estudio de la calidad y registro de nuestros planes de cuidados enfermeros, desde al análisis de las características de las poblaciones de estudio^{5,6}.

El objetivo del estudio fue conocer las características de las urgencias y los pacientes con EAP atendidos en los Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias (DCCU), los principales diagnósticos de enfermería que de sus planes de cuidados se desprenden relacionados con el patrón respiratorio y el dolor torácico^{5,7}.

Metodología

Se llevó a cabo un estudio descriptivo documental y cuantitativo.

Para la recolección de datos se utilizó el registro de usuarios incluidos dentro del proceso de EAP de los equipos móviles de los DCCU del Área Gestión Sur de Córdoba desde diciembre de 2013 a enero de 2014.

Los datos fueron recogidos en una base de datos creada tal efecto, las variables que se registraron se dividieron en 3 categorías: a) Persona atendida (sexo, edad, consumo de tóxicos previo a la asistencia y grado de dependencia), b) características de la urgencia (prioridad, lugar, tipo de accidente) y c) atención de enfermería (problemas detectados, diagnósticos, objetivos e intervención).

De la muestra analizada de 40 casos los criterios de inclusión fueron que estuvieran inscritos en el proceso de EAP, que fueran atendidos por los equipos móviles en el periodo de tiempo antes descrito y que en su historia existiera un plan de cuidados de enfermería siguiendo el modelo de Virginia Henderson.

Análisis estadístico

Se llevo a cabo un análisis de frecuencias para las variables cualitativas y un análisis descriptivo de las principales medidas de tendencia central y dispersión para las variables cuantitativas. Se realizó con el programa paquete estadístico SPSS en su versión 19.0

Resultados

Nos encontramos que tras analizar los 40 casos, observamos que en 55,0 % se activó a los equipos móviles como prioridad 1 (Emergencia) y en un 37,5% la clasificación fue prioridad 2 (Urgencias No demorables) y un 7,5% como prioridad 3 (urgencias demorables). En la distribución por sexo observamos que un 52,5% eran hombres y el

47,5% mujeres. El lugar donde los equipos móviles realizaron sus asistencias de las ocasiones fue de un 17,5% en centros sanitarios, el 70% en los domicilios de los usuarios y en un 12,5% en la vía pública.

La edad media fue de 81,8 años con una desviación estándar (DE) de 8,340. Al analizar la información previa a la asistencia por parte de los equipos móviles vemos que solo un 83,8% tiene un dato previo de que el paciente padezca de algún episodio relacionado con catarros o bronquitis, frente al 54,2% del de disnea. Posteriormente se observa en los registros que un grado I lo presentan el 12% de los 40 casos, un grado II el 41%, un grado III el 12,3%, un grado IV un 27,8% y un 6,9% no tiene ningún registro de disnea previa.

Cuando se buscan los antecedentes de los usuario de EAP, nos encontramos con un 67,5% de hipertensos, un 40% de diabéticos. El 50% de la muestra presenta antecedentes cardiológicos relacionados con sus problemas de aparato respiratorio; en lo concerniente a los hábitos tóxicos un 19,8% son fumadores activos, un 21,2% son ex fumadores de un año y 59% afirma llevar más de dos años sin fumar. El alcohol se encuentra presente en un 37,5% de los casos.

Basándonos en la continuidad de cuidados observamos tres grados de dependencia durante la actividad asistencial de los equipos móviles: un 22,5% eran independientes, un 35% eran dependientes moderados y un 42,5% los clasificamos como dependientes severos, a la hora de hacer la transferencia al aérea de urgencias hospitalaria.

Analizamos la presencia de los principales diagnósticos taxonomía NANDA de las 14 necesidades descritas en el trabajo de Henderson:

Respiración/circulación.

- Disminución del gasto cardíaco (00029) en el 52,5% (n=21).
- Intolerancia a la actividad (00092) en el 37,5% (n=15).
- Riesgo de intolerancia a la actividad (00094) en el 7,5% (n=3).
- Patrón respiratorio ineficaz (00032) en el 80% (n=32).
- Perfusión tisular periférica ineficaz (00204) en el 20% (n=8).
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz (00201) en el 32,5% (n=15).
- Riesgo de perfusión tisular periférica ineficaz (00228) en el 20% (n=8).
- Riesgo de disminución de la perfusión tisular cardíaca (00200) en el 12,5% (n=5).
- Riesgo de asfixia (00036) en el 37,5% (n=15).
- Riesgo de aspiración (00039) en el 55% (n=22).
- Limpieza ineficaz de las vías aéreas (00031) en el 20% (n=8).
- Deterioro de la ventilación espontánea (00033) en el 42,5% (n=19).

Comer y bebe de forma adecuada.

- Deterioro de la deglución (00103) en el 55% (n=22).
- Riesgo de deterioro de la función hepática (00178) en el 47,5% (n=19).
- Riesgo de nivel de glucemia inestable (00179) en el 42,5% (n=17).
- Riesgo de desequilibrio electrolítico (00195) en el 30% (n=12).
- Disposición para mejorar el equilibrio de líquidos (00160) en el 30% (n=12).
- Déficit de volumen de líquidos (00027) en el 12,5% (n=5).
- Exceso de volumen de líquidos (00026) en el 42,5% (n=17).
- Riesgo de déficit de volumen de líquidos (00028) en el 7,5% (n=3).
- Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos (00025) en el 10% (n=4).
- Déficit de autocuidado: alimentación (00102) en el 7,5% (n=3).

Eliminación.

• Deterioro de la eliminación urinaria (00016) en el 30% (n= 12). • Disposición para mejorar la eliminación urinaria (00166) en el 10% (n=4). • Incontinencia urinaria de esfuerzo (00017) en el 20% (n=8). • Incontinencia urinaria de urgencia (00019) en el 32,5% (n=13). • Incontinencia urinaria funcional (00020) en el 12,5% (n=5). • Retención urinaria (00023) en el 47,5% (n=19). • Diarrea (00013) en el 12,5% (n=5). • Incontinencia fecal (00014) en el 15% (n=6). • Deterioro del intercambio de gases (00030) en el 80% (n=32). • Déficit de autocuidado: uso del inodoro (00110) en el 37,5% (n=15).

Moverse y mantener una postura adecuada. En todos los planes de cuidados aparecían algunos de los siguientes diagnósticos.

• Estilo de vida sedentario (00168) en el 37,5%. (n=15) • Riesgo de caídas (00155) en el 35% (n=14). • Deterioro de la ambulación (00088) en el 32,5% (n=13). • Deterioro de la habilidad para la traslación (00090). • Deterioro de la movilidad física (00085) en el 37,5% (n=15). • Riesgo de síndrome de desuso (00040) en el 52,3% (n=21).

Dormir y descansar.

• Insomnio (00095) en el 55% (n=22). • Trastorno del patrón de sueño (00198) en el 27,5% (n=11). • Deprivación de sueño (00096) en el 22,5% (n=9). • Disposición para mejorar el sueño (00165) en el 15% (n=6).

Vestirse y desvestirse.

• Déficit de autocuidado: vestido (00109) solo en el 2,5% (n=1)
Mantener la temperatura corporal.

Mantener la temperatura corporal.

• Hipertermia (00007) en el 55% (n=22). • Hipotermia (00006) en el 15% (n=6). • Riesgo de desequilibrio de la temperatura corporal (00005) en el 27,5% (n=11).

Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.

Mantener la higiene corporal y la integridad cutánea.

• Deterioro de la dentición (00048) en un 35% (n=14). • Deterioro de la integridad cutánea (00046) en el 7,5% (n=3). • Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (00047) en el 35% (n=14). • Deterioro de la integridad tisular (00044) en el 17,5% (n=7). • Deterioro de la mucosa oral (00045) en el 7,5% (n=3). • Déficit de autocuidado: baño (00108) en el 17,5% (n=7).

Seguridad.

• Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188) en un 47,5% (n=19). • Gestión ineficaz de la propia salud (00078) en un 22,5% (n=9). • Mantenimiento ineficaz de la salud (00099) en un 10% (n=4). • Protección ineficaz (00043) en un 20% (n=8) • Confusión aguda (00128) en un 22,5% (n=9). • Deterioro de la memoria (00131)

en un 15% (n=6). • Disposición para mejorar la comunicación (00157) en un 42,5% (n=17). • Deterioro de la comunicación verbal (00051) en un 37,5% (n=15). • Riesgo de infección (00004) en un 37,5% (n=15). • Riesgo de shock (00205) en un 25% (n=10). • Dolor agudo (00132) en un 87,5% (n=35). • Náuseas (00134) en un 30% (n=12). • Ansiedad (00146) en un 72,5% (n=29). • Ansiedad ante la muerte (00147) en un 12,5% (n=5). • Deterioro generalizado del adulto (00101) en un 35% (n=14). • Temor (00148) en un 10% (n=4). • Síndrome de estrés del traslado (00114) en un 42,5% (n=17). • Riesgo de síndrome de estrés del traslado (00149) en un 42,5% (n=17).

Comunicación.

• Cansancio del rol de cuidador (00061) en un 35% (n=14). • Interrupción de los procesos familiares (00060) en un 25% (n=10). • Deterioro de la interacción social (00052) en un 20% (n=8). • Relación ineficaz (00223) en un 12,5% (n=5).

Creencias y Valores.

• Disposición para mejorar la esperanza (00185) en un 35% (n=14). • Conflicto de decisiones (00083). • Incumplimiento (00079) en un 10% (n=4). • Disposición para mejorar la toma de decisiones (00184) en un 20% (n=8).

Autorrealización.

• Desesperanza (00124) en un 35% (n=14). • Riesgo de compromiso de la dignidad humana (00174) en un 10% (n=4). • Trastorno de la identidad personal (00121) en un 72,5% (n=29). • Riesgo de trastorno de la identidad personal (00225) en un 25% (n=10). • Baja autoestima situacional (00120) en un 72,5% (n=29). • Riesgo de baja autoestima crónica (00224). • Riesgo de baja autoestima situacional (00153) en un 42,5% (n=17). • Disposición para mejorar el auto concepto (00167). • Trastorno de la imagen corporal (00118) en un 97,5% (n= 39).

Ocio, actividades recreativas.

• Déficit de actividades recreativas (00097) en un 12,5% (n=5)

Aprender.

• Disposición para mejorar el autocuidado (00182) en un 2,5% (n=1). • Disposición para mejorar el confort (00183) en un 20% (n=8).

Discusión

Enfermería debe ajustar sus planes de cuidados a la secuencia de actuación que se describe en todos los manuales y protocolos consultados resaltando la necesidad de dejar un correcto registro para el estudio y posterior mejora de los mismos^{8,9}.

Los resultados en lo referente a la demanda asistencial podemos ver que, la precepción de urgencia es muy elevada, pues en más de la mitad de las activaciones se enviaron a los equipos móviles, con el objetivo de que su tiempo de llegada fuera inferior a 15 minutos^{5,7,10}.

En el género de nuestra muestra no se observa grandes diferencias, esto se puede deber al cambio de estilo de vida y como algunos factores de riesgo que se asociaban al género en la actualidad están cambiando^{6,9,11}.

La edad es un factor muy importante, pues permite el desarrollo de patologías crónicas y el impacto que el EAP, suele tener de manera devastadora, sobre los grupos familiares por los signos y síntomas, y la pérdida de calidad de vida tan notoria que sufre el que lo padece^{11,12}.

Si analizamos una por una las distintas necesidades que describe Virginia Henderson, vemos como la respiración/circulación, comer y beber de forma adecuada y la seguridad son las más completadas por los enfermeros de los equipos móviles^{5,6,10}.

Tras revisar los resultados comprobamos que existe bastante heterogeneidad en los planes de cuidados, en relación con el EAP^{6,8,9}.

Conclusión

La presencia de un plan de cuidados estandarizado de enfermería permite un registro sistemático y un elemento clave en el seguimiento del plan de cuidados del paciente que ha sufrido una situación de urgencias relacionada con un edema agudo de pulmón, que produce una importante alteración de la relación ventilación/perfusión, así como en la seguridad del paciente.

Bibliografía

1. Anguita Sánchez M, investigadores del Registro BADAPIC. Características clínicas, tratamiento y morbimortalidad a corto plazo de pacientes con insuficiencia cardíaca controlados en consultas específicas de insuficiencia cardíaca. Resultados del Registro BADAPIC. *Rev Esp Cardiol*. 2004; 57: 1159-69.
2. Rodríguez Roca GC, Barrios Alonso V, Aznar Costa J, Llisterri Caro JL, Alonso Moreno FJ, Escobar Cervantes C, et-al. Características clínicas de los pacientes diagnosticados de insuficiencia cardíaca crónica asistidos en Atención Primaria. Estudio CARDIOPRES. *Rev Clin Esp*. 2007; 207: 337-40.
3. Pons F, Lupón J, Urrutia A, González B, Crespo E, Díez C, et-al. Mortalidad y causas de muerte en pacientes con insuficiencia cardíaca: experiencia de una unidad especializada multidisciplinaria. *Rev Esp Cardiol*. 2010; 63: 303-14.
4. Hermida Ameijeiras A, Pazo Núñez M, De la Fuente Cid R, Lado FL, Hernández Fernández L, Rodríguez López I. Factores epidemiológicos asociados a la hospitalización por descompensación de la insuficiencia cardíaca. *An Med Interna*. 2008; 25: 256-61.
5. Muñoz A. Consenso sobre atención integral de las agudizaciones de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (ATINA-EPOC). Parte V. *Semergen: revista española de medicina de familia*, 2013;1(1): 41-47
6. Pérez FT, Asencio JMM, Garrido MJ, Luengo GC, Gavira SS, Rodríguez JM G. Impacto del autocuidado y manejo terapéutico en la utilización de los recursos

sanitarios urgentes por pacientes crónicos: estudio de cohortes. *Emergencias* 2013; 25(2): 353-360.

7. Padilla-Zárate MP, Cortés-Poza D, Martínez-Soto JM, Herrera-Cenobio T, Vázquez-Bautista MC, García-Flores M, & García-García JA Autocuidado y calidad de vida posterior a la consejería de enfermería en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*.2013; 21(1): 15-23.

8. Huitzi-Egilegor JX, Elorza-Puyadena MI, Urkia-Etxabe JM, Esnaola-Herrero MV, Asurabarrena-Iraola C. Estudio retrospectivo de la implantación del proceso de enfermería en un área de salud. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. sept.-oct. 2013 [acceso:10/06/2014]; 21(5): [05 pantallas].

9. Corrales-Nevado D, & Palomo-Cobos L. La importancia de la longitudinalidad, integralidad, coordinación y continuidad de los cuidados domiciliarios efectuados por enfermería. *Enfermería Clínica* 2014; 24(1): 51-58.

10. Núñez B, Fiorentino F, Kersul A, Belda, S, García, S., Gutiérrez, C, et al. Características de pacientes asmáticos ingresados en una unidad de cuidados respiratorios intermedios. *Archivos de Bronconeumología*, 2013; 49(4): 146-150.

11. Jiménez Gómez M. Plan de cuidados estandarizado en un paciente con insuficiencia cardíaca (IC) en Atención Primaria (AP). *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología) Serie Trabajos Adaptación al Grado*. 2014; 6(2): 1-36.

12. Carrillo-Medina E, & Sierra PM. Proceso de atención de enfermería a un escolar con disminución del oxígeno en sangre por malformación cardíaca aplicando el modelo de Henderson. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*, 2013; 21(3): 111-117.