

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERIA

**CUIDADOS APLICADOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
A PACIENTES CON RABDOMÍOLISIS, HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS
ARVELO” CARACAS**

**TRABAJO ESPECIAL DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE LICENCIADO EN
ENFERMERIA**

Tutora: Lic. Susana Maruri

Autoras: Luz Martínez

Eglys Pulido

Luisa Ramírez

Caracas, 2009

**CUIDADOS APLICADOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA
A PACIENTES CON RABDOMÍOLISIS, HOSPITALIZADOS EN EL
SERVICIO DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS
ARVELO” CARACAS.**

DEDICATORIA

Al DIOS TODOPODEROSO, por ser la luz que nos guió y nos dió sabiduría durante todo este tiempo, aclarando aquellas dudas, estando presente cuando lo necesitamos, para así poder lograr nuestra meta. Gracias Padre.

A nuestros Padres y Hermanos, quienes con su amor, cariño, comprensión y sabios consejos nos dieron su apoyo y ayuda en todo momento, para nosotras poder culminar nuestra carrera. Gracias.

A nuestros Amigos y Amigas, quienes siempre nos enseñaron que el camino es hacia delante para poder llegar a la meta. A ellos Gracias.

Y a todas las personas que de una u otra manera nos apoyaron y nos enseñaron que en la vida algo esencial es la superación. A todos ellos mil Gracias!

Gracias por compartir nuestras alegrías y nuestros logros.

Las autoras.

AGRADECIMIENTOS

Primeramente a DIOS TODOPODEROSO, por ser el quien nos dió la vida y nos ayudó, quien nos permite ver hoy salir y ver cumplida esta meta, que su luz siempre nos ilumine.

A nuestra tutora Lic. Susana Maruri, por su asesoría y orientaciones constantes permitiéndonos obtener un trabajo de calidad, el cual será no solo un beneficio de nuestra formación personal y profesional, sino también en el mejoramiento de los cuidados de enfermería ofrecidos al paciente con rabdomiólisis hospitalizado, con la finalidad de brindarle una óptima atención de cuidados de enfermería.

A la Mgst en Educación Bicerka Martínez y el Dr. Rubén Rojas, médico Nefrólogo Intensivista del HUC, por la atención y dedicación incondicional brindada en los momentos difíciles del desarrollo de éste Trabajo Especial de Grado, no escatimando esfuerzo ni tiempo para nosotras.

A la Universidad Central de Venezuela y los profesores de la Escuela de Enfermería, por contribuir con nuestra formación profesional y por prestarnos su invaluable ayuda en la validación de los instrumentos utilizados.

A todos GRACIAS!

TABLA DE CONTENIDO

	DEDICATORIA.....	III
	AGRADECIMIENTO.....	IV
	TABLA DE CONTENIDO.....	V
	LISTA DE CUADROS.....	VII
	LISTA DE GRÁFICOS.....	VIII
	RESUMEN.....	IX
	CONTENIDO	
	Introducción.....	10
	CAPITULO	
I	Problema	12
	Planteamiento del Problema.....	12
	Objetivos de la investigación.....	26
	Justificación.....	27
II	Marco Teórico.....	30
	Antecedentes de la investigación.....	30
	Bases Teóricas.....	33
	Sistema de Variables.....	87
	Operacionalización de Variables.....	88

III	Marco Metodológico.....	89
	Tipo de investigación.....	89
	Diseño de investigación.....	89
	Población y muestra.....	90
	Técnica e instrumento de la recolección de datos.....	92
	Validez de la investigación.....	94
	Técnica de análisis.....	95
IV	Presentación y análisis de los datos.....	96
V	Conclusiones y Recomendaciones.....	108
	Conclusiones.....	108
	Recomendaciones.....	109
	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	111
	ANEXOS.....	117
	Anexo A.....	117
	Anexo B.....	122

LISTA DE CUADROS**CUADROS**

01	Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentuales de las observaciones realizadas a enfermería durante los cuidados a los pacientes con rabdomiólisis. En relación a los aspectos psicosociales.	97
02	Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentual de las observaciones realizadas a los miembros del equipo de enfermería durante los cuidados a los pacientes con rabdomiólisis.	100
03	Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentual de las respuestas dadas por los pacientes referidas a los cuidados de enfermería en el aspecto psicosocial.	102
04	Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentual de las respuestas dadas por los pacientes referidas a los cuidados de enfermería en relación al aspecto físico.	105

LISTA DE GRAFICOS**GRAFICOS**

- | | | |
|----|--|-----|
| 01 | Distribución Porcentual de las observaciones realizadas a los miembros del equipo de enfermería durante los cuidados a los pacientes con rabdomiólisis | 99 |
| 02 | Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentual de las observaciones realizadas a los miembros del equipo de enfermería durante los cuidados a los pacientes con rabdomiólisis. | 101 |
| 03 | Distribución Porcentual de las respuestas brindadas por los pacientes referidas a los cuidados de enfermería en relación al aspecto psicosocial. | 104 |
| 04 | Distribución Porcentual de las respuestas brindadas por los pacientes referidas a los cuidados de enfermería en relación al aspecto psicosocial. | 106 |

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE ENFERMERÍA

**CUIDADOS APLICADOS POR LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA A
PACIENTES CON RABDOMIÓLISIS, HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO
DE NEFROLOGÍA DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS ARVELO”
CARACAS. PRIMER SEMESTRE AÑO 2008**

Tutora:

Lic.Susana Maruri

Autoras:

Luz Martínez

Eglys Pulido

Luisa Ramírez

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo fundamental: Describir los cuidados aplicados enfermería a pacientes con Rabdomiólisis, hospitalizados en el Servicio de Nefrología del hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” de Caracas, durante el segundo trimestre del 2008. El tipo de investigación es de carácter descriptivo y de campo. La población es el universo en estudio, en esta investigación la población fueron las enfermeras de la Unidad de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” de Caracas. La recolección de los datos se efectuó aplicando como instrumento un cuestionario y una guía de observación. Para el procesamiento estadístico se utilizó una relación absoluta y porcentual además de la representación gráfica. Los resultados permiten concluir que en los cuidados de enfermería con relación a los aspectos psicológicos, se evidencia, que la mayoría de los miembros del equipo de enfermería no brindan cuidados que permitan resolver los problemas psicológicos en relación al manejo de la ansiedad, la comunicación, la socialización y la orientación en los enfermos con rabdomiólisis, finalmente se puede señalar que existe deficiencia de información acerca de los cuidados de enfermería a pacientes con rabdomiólisis atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, razón por la cual las investigadoras recomiendan proporcionar jornadas de reflexión con las autoridades del servicio y personal que labora para intervenir en la solución de los factores que pueden estar determinado los resultados obtenidos e implementar programas de educación permanente en servicio para lograr la actualización de los profesionales de enfermería en cuanto a los cuidados a pacientes con rabdomiólisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

Descriptor: cuidados aplicados por los profesionales de enfermería a pacientes con rabdomiólisis,

INTRODUCCIÓN

La actividad física es todo tipo de movimiento corporal que realiza el ser humano durante un determinado período de tiempo. Puede proporcionar una mejor calidad de vida, manteniendo buena salud y ayuda a prevenir enfermedades musculares, del corazón entre otras.

Los objetivos del ejercicio son mejorar el consumo de oxígeno y los procesos metabólicos, conseguir fuerza y entrenamiento, disminuir la grasa corporal, y mejorar el movimiento de las articulaciones y los músculos, todos estos beneficios son esenciales para la buena salud.

La rabdomiólisis es el resultado de un deficiente aporte al músculo de energía, nutrientes y flujo sanguíneo. A raíz de la injuria muscular se depositan altos niveles de calcio intracelular que afecta diversos procesos metabólicos.

Ejercicio y rabdomiólisis están relacionados por diferentes motivos, uno de ellos es que es el factor precipitante de la rabdomiólisis en el caso de las enfermedades metabólicas.

Para garantizar una atención integral y holística al paciente que presenta rabdomiólisis, el personal de enfermería requiere estar altamente capacitado y con una visión específica hacia los cuidados que se le brindan al paciente. Es ahí donde se dirige esta investigación a fin de proporcionar al enfermero(a) una guía práctica que garantice una calidad de atención de enfermería acorde con los requerimientos de este tipo de pacientes.

Este trabajo investigativo esta estructurado en dos capítulos: Capítulo I, el problema, describiéndose las condiciones generales y manejo del paciente con rabdomiólisis, la justificación y los objetivos que orientan al desarrollo de los cuidados de atención de enfermería a pacientes que presentan dicha patología. Capítulo II, marco teórico, se detallan los antecedentes encontrados sobre rabdomiólisis, los signos, síntomas, los cuidados de enfermería que se le deben prestar a estos pacientes, la importancia de conocerlas y establecerlas en pacientes con rabdomiólisis así como el sistema de variables.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El Problema.

En su acepción más amplia la enfermería puede considerarse como una profesión de servicio dirigida a proveer a los pacientes enfermos los cuidados que le permitan recuperar su estado potencial de salud, de acuerdo a las características de la patología que padece y a los pacientes sanos, los cuidados dirigidos a conservar su salud, entendida esta de acuerdo a lo expresado por Du Gas (2000) como “una eficacia física, mental y social” (p.14)

Cuidar implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones de cuidado. Las acciones de cuidar pueden ser observaciones positivas, de soporte, comunicación, o de intervenciones físicas de la enfermera. Cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro.

En el cuidado humano, la relación entre curar y cuidar se encuentra con más énfasis, en la idea de que el cuidado potencializado los resultados de la auto curación y que por lo tanto, cuidar puede ser un medio para curar.

La atención de los pacientes hospitalizados es responsabilidad del equipo de salud, ó especificando de una manera importante enfermería, donde ejercen con mayor regularidad la función asistencial y docente; las primeras son específicamente de enfermería y las interdependientes; las funciones docentes dirigidas al usuario y su familia tiene como objetivo orientar e informar sobre su diagnóstico y el plan terapéutico.

Para las personas que ingresan a una Unidad de Nefrología, por presentar rabdomiólisis, la enfermera (o) debe ser muy cuidadoso en la observación y control de las alteraciones que pueda presentar dicho paciente. El tratamiento empleado como prevención del fallo renal consiste en: 1) Hidratación enérgica, con el fin de mantener la perfusión renal y diluir la mioglobina, 2) Prevención de la precipitación de la mioglobina en el túbulo renal, mediante la alcalinización de la orina con bicarbonato, y 3) la administración de manitol debido a sus efectos: osmótico, vasodilatador de la vasculatura renal y barredor de radicales libres.

Si este tratamiento no fuese lo adecuadamente aplicado puede generar que el tiempo de hospitalización se prolongue y las consecuencias de la inmovilidad prolongada, pueda representar un obstáculo para la recuperación del enfermo. Por esta razón, el personal de enfermería tiene muchas funciones como lo son: cuidador, defensor, investigador y profesor. En las funciones de cuidados el profesional de enfermería cumple diferentes actividades participando en la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

Una de estas actividades asistenciales es determinar junto con el profesional médico la expresión "miopatía metabólica" equivale a decir "enfermedad metabólica de los músculos que según " Puppa, D. (2005) Este grupo de enfermedades musculares alteran las reacciones químicas que son imprescindibles para la correcta producción y almacenamiento de energía en la célula muscular o miocito.

Los músculos, para cumplir adecuadamente con su función en el momento en que son solicitados, necesitan disponer de mucha energía, almacenada bajo la forma de moléculas de adenosin-trifosfato o ATP, esta energía procede normalmente de los hidratos de carbono y las grasas de la alimentación almacenados en el músculo como combustibles bajo la forma de glucógeno, o bien extraerse directamente de la sangre circulante bajo la forma de glucosa y de ácidos grasos.

Si el gasto energético, disponible en los músculos está por debajo de la normalidad, su fracaso funcional se manifestará clínicamente con una serie de síntomas, donde el síntoma característico de la miopatía metabólica es la intolerancia al ejercicio físico, que se manifiesta por un cansancio al inicio de la actividad muscular, aunque en algunas miopatías sólo aparece al terminar el ejercicio, junto a la sensación de cansancio, el paciente afecto de una miopatía metabólica puede aquejarse de dolor y calambres con episodios dolorosos e intensos, que son la manifestación clínica de un proceso de degradación aguda de la estructura del músculo conocido como rabdomiólisis, característico de la miopatía metabólica por deficiencia de la carnitina-palmitoil transferasa.

La rabdomiólisis es un síndrome causado por afecciones que dañan al músculo esquelético donde se libera en la sangre un pigmento proteínico que contiene hierro, llamado mioglobina, el cual puede causar graves daños renales tales como:

1. Hipovolemia- a causa de la hemorragia, y la necesidad de fluido del tejido necrótico muscular. Son necesarios 4-11 litros de suero salino normal para mantener la función cardíaca y urinaria normal.
2. Fallo cardíaco y arritmias - la hiperkalemia puede precipitar severas arritmias y fallo cardíaco. Esta toxicidad está potenciada por la hipocalcemia

resultante de los depósitos de calcio en el músculo necrótico. La terapia a veces necesita del uso de resinas intercambiadoras de iones.

3. Síndrome Compartimental- En rabdomiólisis aguda la edematización de los músculos dentro de un compartimiento (fascia) estirado puede llevar a una compresión de los tejidos y nervios de la zona. Esto puede provocar daño de los nervios e isquemia muscular por la reducción del flujo capilar. Esta isquemia a la larga produce un edema que empeora mucho más la situación. La isquemia prolongada y el infarto de tejido puede ocasionar que el tejido de reemplazo este formado por fibras inelásticas.

4. Coagulación intravascular diseminada (CID)- es la complicación más universal encontrada en pacientes con rabdomiólisis. En la mayoría de los casos, el diagnóstico del CID es mediante pruebas de laboratorio más que por observaciones clínicas como trombosis.

5. Fallo renal agudo - es la complicación más grave y ocurre a un 30% de los pacientes de rabdomiólisis. Se produce una vasoconstricción renal e hipoperfusión, por pérdida de ATP. La mioglobina produce necrosis tubular por precipitación y también se produce un daño isquémico tubular y estrés oxidativa.

Para prevenir la mioglobinuria hay que mantener un volumen sanguíneo elevado y se consigue mediante la administración de 11 litros de suero. La administración de manitol y/o furosemida mantienen una diuresis y se elimina así la mioglobina evitando su precipitación y el daño en el riñón.

Las causas de la rabdomiólisis son numerosas, hereditarias o adquiridas; en estas últimas incluyen: traumatismos musculares, ejercicio excesivo, golpes, ingestión de fármacos toxinas, enfermedades infecciosas, golpe de calor, desequilibrio electrolítico, perfusión inadecuada de sangre, entre otras.

El Centro Andaluz de Fármaco vigilancia (2001), presentó a la Agencia del Medicamento (AEM) un informe sobre las notificaciones donde se destaca una elevada proporción de rabdomiólisis por cerivastatina en comparación con otras estatinas; en España se reporta para el dos mil uno (2001), ochenta y dos (82), casos de rabdomiólisis asociados al medicamento, seis (6), de los cuales fueron mortales.

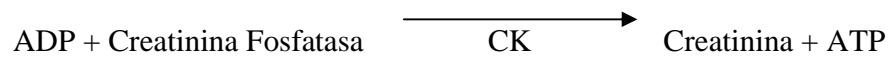
Igualmente, la Agencia Estadounidense de Medicamentos (FDA) notificó de treinta y una (31), muertes en Estados Unidos por rabdomiólisis graves asociados al uso de cerivastatinas, situación por la cual fue retirado a nivel mundial este

medicamento en USA para agosto del dos mil uno (2001) por la empresa productora Bayer.

En Estados Unidos, se registró siete (7), casos de trastorno muscular y nueve (9) de fracaso renal, luego se registraron otros dieciocho (18), casos de rabdomiólisis y doce (12) problemas renales inducidos por rosuvastatina y trece (13) casos con olanopina. Posteriormente una comunicación personal con el sistema de información de efectos adversos de la FDA permitió la información de otros 13 casos de rabdomiólisis por otro fármaco con terapia con olancepina. (Por Agencia Española del Medicamento. (2001).

En Venezuela, el clima predominante es cálido porque geográficamente estamos cerca del Ecuador, por lo tanto, las personas están más propensas a la pérdida de agua por deshidratación debida a las altas temperaturas que se registran en las zonas costeras. Igualmente, el exceso de actividad física que realizan los residentes de esta zona, tales como: atletas, militares, entre otros, genera fatiga muscular, disminuyendo la capacidad de movilidad. Por otro lado, la cantidad de sal (Na^+) proveniente del mar, es adicionada a la dieta mediante la exposición del medio y la absorción a través de la piel, haciendo que las concentraciones de este elemento aumente a nivel celular. La pérdida de agua o deshidratación aumenta el consumo de H_2O , desfavoreciendo

la función renal ya que se duplica, lo que trae como consecuencia nefropatías causadas por el aumento de la Creatinina mediante la siguiente reacción:



Los valores de la enzima creatinina fosfoquinasa (CPK) es un indicador de rabdomiólisis y concentraciones altas de creatinina en el cuerpo hacen que el paciente se vea obligado a aplicarse tratamientos como hemodiálisis o diálisis peritoneal pasando a ser un enfermo renal.

En consecuencia, la población existente en estas localidades o con las circunstancias ya mencionadas tienen mayor probabilidad de padecer de rabdomiólisis, ya que, desde el aspecto bioquímico la patogénesis de la rabdomiólisis es muy diversa, pero en todos los casos, el resultado final es la necrosis muscular y la salida del contenido de las células del músculo esquelético a la circulación.

En los institutos militares, se han presentado casos de ingresos a centros hospitalarios con lesiones musculares por ejercicios, al respecto Morris, M (2000) expresa: “La evidencia sugiere que el ejercicio máximo puede causar a ciertos reclutas militares y atletas, en los miembros que trabajan, rabdomiólisis fulminante,

acidosis láctica, colapso, IRA e hiperpotasemia”. (p. 47). Por lo cual este grupo específico de la sociedad, personal militar y los atletas que se ven sometidos a ejercicios extenuantes y continuos, ingresan a los centros nefrológicos.

Con relación al paciente afectado con rabdomiólisis, una parte de ellos logran integrarse a sus actividades sociales y laborales en forma productiva, sin embargo, existen otros grupos, que se ven obligados a dejar o modificar sus actividades productivas debido a las secuelas y limitaciones permanentes ocasionadas por la enfermedad.

Las limitaciones derivado de la rabdomiólisis, suponen una gran responsabilidad para el personal de enfermería, debido a la gran complejidad de la asistencia que requieren por múltiples y variados procedimientos así como al estrés psicosocial que genera en el paciente y en sus familiares, la limitación de la movilidad

La forma en que se conciba al ser humano es fundamental para el análisis de enfermería, donde cuerpo y mente forman una unidad compuesta y estos dos elementos originan diferentes efectos que se manifiestan conjuntamente en el individuo, como lo señala Watson J. (2000). Además siendo el hombre un ser

eminentemente social, va a estar también influenciado por los efectos que la sociedad genere sobre él, esta sociedad influye positiva o negativamente dependiendo de múltiples factores, como los culturales, geográficos, sociales, políticos, económicos, entre otros, estableciéndose una relación entre él y su medio que determinará, en gran medida, su grado de bienestar.

Los profesionales de enfermería, deben mantener una alta calidad de atención para lograr satisfacer las necesidades holísticas del cuidado humano, igualmente debe estar dedicada a la formación integral de los recursos humanos en enfermería en un clima dinámico, democrático, creativo, andragógico y de excelencia académica, que promueva el desarrollo de valores humanos y competencias profesionales, para actuar de manera eficaz en un contexto social cambiante que contribuya al desarrollo humano sustentable, a la promoción de la calidad de vida y a la solidaridad humana.

Sin embargo, en ciertos casos, se observa con preocupación la ausencia de conocimiento por parte del personal de enfermería hacia el paciente con rabdomiólisis, ya que la población que asiste al hospital sólo es atendida en su demanda de salud y limitadamente se toma en cuenta la oportunidad de orientar sobre su padecimiento, recuperación y prevención de cuidados generales y básicos sin atención especializada.

Esta problemática se ha observado en el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” Caracas, en el servicio de Nefrología, Distrito Sanitario N° 3. que es un Hospital tipo IV, con una capacidad de dos mil (2000) camas, donde según Estadísticas del Departamento de este Hospital hecha en año 2004, donde señalan que: desde el año 2002 hasta el 2005 se registraron ciento cincuenta y seis (156) casos de usuarios presentado rabdomiólisis, en los que en su mayoría son militares y su principal causa es por exceso de ejercicios, donde llegaron a desarrollar la máxima complicación que es la insuficiencia renal aguda hasta la enfermedad renal crónica por lo cual son remitidos al Servicio de Nefrología, Cirugía (cuando se produce atrofia muscular) y al Servicio de Traumatología (cuando es ocasionada por traumatismos (rabdomiólisis por aplastamiento)).

Aunado a esto esta patología que es sumamente nueva en el mundo de las enfermedades, inducida por la falta de información, son evidenciados en pacientes que reaccionan negativamente hacia las enfermeras a causa de frustración personal, la sensación de abandono, la incapacidad de realizar actividades como movilizarse y asearse por sí solos; igualmente les genera inseguridad económica por la preocupación de ganarse la vida y de mantener a su familia; ante estas situaciones enfermería debe comprender las reacciones y responder frente a estas conductas con empatía, trato cordial, facilitando la educación y la orientación, animarlos a que

participe en el plan de cuidado así como estableciendo objetivos que estén dentro de la capacidad del paciente y de realizarlos por sí solos.

Otra posición que debe asumir enfermería ante las respuestas que presenta el paciente y que reducen las conductas negativas en el enfermo, se incluyen la oferta de ayuda, defensa, hacer preguntas relevantes y transmitir comprensión a través del cuidado con el paciente con rabdomiólisis, la enfermera (o) debe ser muy cuidadoso en la observación y control de las alteraciones que pueda presentar dicho paciente.

El tratamiento empleado como prevención del fallo renal consiste en: 1) Hidratación enérgica, con el fin de mantener la perfusión renal y diluir la mioglobina, 2) Prevención de la precipitación de la mioglobina en el túbulo renal, mediante la alcalinización de la orina con bicarbonato, y 3) la administración de manitol debido a sus efectos: osmótico, vasodilatador de la vasculatura renal y barredor de radicales libres. (Gamal, H Suleiman “Prevención de la insuficiencia renal en pacientes con rabdomiólisis ¿Está realmente indicado el uso de bicarbonato y manitol? Boletín nº 13 2004).

Según Iyer P. (1998), “el proceso de enseñanza-aprendizaje, incluye la adquisición de nuevos conocimientos como actitudes y habilidades y cambios de conductas

relacionados”. Igualmente, Kozier, Erb y Olivieri, (2000), definiendo los roles de la enfermera profesional se destacan: el maestro donde “la enseñanza es un proceso de influencia dinámica, en el cual se consiguen objetivos específicos o cambios de conductas deseados”

Como consejero: dentro del servicio de nefrología, la enfermería cumple un papel importante de generar cuidados principalmente físicos como: administración de medicamentos, higiene y comportamientos interpersonales con los pacientes, excluyendo las necesidades psicológicas, emocionales y de educación sobre la patología, tratamientos, causas y consecuencias sobre las complicaciones posteriores, así como la prevención. Situación que genera incertidumbre y posiblemente ansiedad que no son fácilmente reconocibles pero con la incorporación de estos principios induciría a un tratamiento más efectivo e integral.

En asesoramiento para ayudar a un cliente a reconocer y hacer frente a problemas estresantes desde el punto de vista psicológico o social, para desarrollar y mejorar las relaciones interpersonales y proporcionar el crecimiento. Por lo cual se debe incluir el apoyo emocional, intelectual y psicológico.

La discrepancia detectada por este equipo investigador, en los cuidados psicosociales y físicos de enfermería, desde un enfoque teórico – práctico y presentándose en la realidad, orienta a formular las siguientes interrogantes:

¿Cuáles son los cuidados que realiza enfermería sobre los aspectos psicosociales de los pacientes con rabdomiólisis inducida por el ejercicio en el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

¿Cuáles son los cuidados que realiza enfermería sobre los aspectos físicos de los pacientes con Rabdomiólisis inducida por el ejercicio en Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.?

OBJETIVOS

Objetivo General.

Describir los cuidados aplicados por enfermería a pacientes con Rabdomiólisis, hospitalizados en el Servicio de Nefrología del hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” de Caracas, durante el segundo trimestre del 2008.

Objetivos Específicos.

1.- Identificar los cuidados que realiza enfermería sobre los aspectos psicosociales de los pacientes con rabdomiólisis inducida por el ejercicio en el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

2. Identificar los cuidados que realiza enfermería sobre los aspectos físicos de los pacientes rabdomiólisis inducida por el ejercicio en el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

JUSTIFICACIÓN

El desarrollo de esta investigación, surge a raíz de las pasantías desarrolladas en el transcurso del estudio de esta carrera universitaria, donde se formularon numerosas interrogantes acerca de cual es la importancia que tiene la labor de enfermería en la prevención, tratamiento y cuidado de diversas patologías en especial las relacionadas con enfermedades renales.

Se pudo observar a lo largo de la práctica clínica en la Unidad de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, que con frecuencia enfermería no está lo suficientemente consciente de que al desempeñar su rol como profesional contribuye significativamente a la recuperación del paciente con rabdomiólisis y a la vez a prevenir complicaciones.

Así esta investigación resulta relevante ya que sus resultados permitirán determinar cual es la información teórica que tiene enfermería en relación a cuales son las razones científicas en las que se debe basar sus actividades en pro del bienestar, pronta recuperación y evitar complicaciones que prolonguen el tiempo de estadía en el centro hospitalario, lo que acarrea mayores problemas económicos para

la familia y frustración o mejor dicho de ansiedad al paciente, identificando así la clínica de las diferentes fases de la enfermedad e incrementar la conciencia sobre el drama que enfrenta el paciente y familiares ante el proceso patológico, cualquiera que fuese su desenlace.

La importancia de realizar esta investigación, surge de que en la actualidad las enfermedades renales, que constituyen un alto índice de morbi-mortalidad en Venezuela, hecho que crea gran preocupación y la necesidad de investigar y conocer como interviene enfermería en pacientes que presentan rabdomiólisis, es decir, se hizo necesario identificar como enfermería pone en práctica los conocimientos adquiridos a través de sus estudios universitarios, en el momento en que se presente una emergencia médica y se demuestre la capacidad de actuar con seguridad, respaldadas por bases científicas bien fundamentadas.

En lo educativo, su importancia radica en que la investigación aportará información actualizada y necesaria para que enfermería sustenten sus acciones en fundamentos teóricos, además los resultados de esta investigación podrán ser utilizados como punto de reflexión para las instituciones universitarias en enfermería, en relación a las características que deben tener dichos profesionales requeridas en la actualidad y para un futuro próximo.

Igualmente proporcionará beneficios para el Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, en especial para la Unidad de Nefrología y la coordinación docente de enfermería, ya que este aporte disminuirá el costo-cama, las tasa de mortalidad, la rotación de pacientes, colapso de la unidad y contribuirá en pro de los estudios estadísticos y por ende la pronta recuperación del paciente así mismo se formará enfermeros (as) que brinden atención de calidad, lo que dará a la profesión de enfermería mayor prestigio y respeto ante la sociedad.

Tiene importancia técnica, ya que aportará información valiosa que sirva de referencia útil para otros proyectos de investigación que quieran determinar cuan significativo y trascendental es el hecho de que enfermería fundamenten sus acciones y conocimientos teóricos, llevando el mismo a la realidad de un elemento del sistema de salud en la atención al paciente con rabdomiólisis y constituyendo el punto de partida para la realización de posteriores estudios sobre dicha patología.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

Antecedentes.

Los presentes postulados teóricos que se clasificaron para ser antecedentes de la presente investigación, nos demuestran la gran importancia que tienen los cuidados aplicados por los profesionales de enfermería, además del conocimiento que los mismos deben poseer.

Hamdan, G. (2004) “Prevención de la insuficiencia renal en pacientes con rabiomiólisis” ¿Está realmente indicado el uso de bicarbonato y manitol? Se realizó dicho estudio cuyo objetivo es establecer la utilidad del bicarbonato y el manitol, como prevención de la insuficiencia renal por mioglobiuria en pacientes con rabiomiólisis, y evaluar sus efectos sobre la necesidad de hemodiálisis, y sobre la mortalidad. El estudio fue observacional descriptivo de casos control, consistente en la revisión de historias clínicas en pacientes que ingresaron por trauma entre 1997 y 2002 en el Hospital de la Universidad del Sur de California, USA. Se revisaron las historias clínicas de 2083 pacientes, los pacientes fueron tratados con bicarbonato y

manitol de acuerdo a pautas establecidas; el desenlace primario del estudio fue la aparición de Insuficiencia renal, los desenlaces secundarios: requerimiento de diálisis, estancia en la unidad de cuidados intensivos y mortalidad.

El estudio concluye que los pacientes con CPK (Creatinina fosfatokinasa) mayor de 5000U/L, son los que tienen riesgos significativos de desarrollar falla renal, y que la administración de bicarbonato y manitol carecen de efecto beneficioso sobre: la prevención de la insuficiencia renal, la necesidad de diálisis y la mortalidad; que en pacientes con niveles de CPK < 30000 U/L.

Este estudio se encuentra íntimamente relacionado con el tema de investigación que se está realizando, ya que los pacientes con rabdomiólisis, están hospitalizados en el servicio de Nefrología del hospital y se les administran estos medicamentos como pautas de tratamiento en su estadía hospitalaria.

Pérez, M. (2001) “Rabdomiólisis inducida por el ejercicio” Hospital La Paz, Madrid. Se trata de un caso clínico de un hombre de 38 años, quien acude al centro de salud por presentar debilidad en ambos miembros inferiores con 48 horas de evolución, su profesión es bombero y se estaba entrenando para una competencia de

ciclismo. Ante el examen físico se encontró hipertrofia muscular en ambos miembros inferiores con pérdida de fuerza de 3/5, ausencia de sustancias químicas y valores de laboratorio normales. Finalmente podemos decir que la rabdomiólisis es un cuadro clínico poco frecuente pero que nos podemos encontrar en nuestra práctica clínica habitual. Los síntomas pueden variar desde leve mialgia a debilidad muscular severa e implica situaciones de riesgo vital, con lo que hay que actuar con precaución. El tratamiento siempre debe ir orientado en primer lugar a la supresión del agente causal, soporte vital en caso de fracaso renal agudo y arritmias, hidratación alcalina adecuada para favorecer la eliminación de los productos tóxicos, vigilar la función renal y reposo por parte del paciente.

La investigación mencionada anteriormente guarda relación con la variable cuidados aplicados en pacientes con rabdomiólisis ya que en dicho estudio se determinan los procedimientos a seguir ante la sintomatología severa.

Marcano, J. Marcano, S. Paredes, M. Sánchez R. (1999) “Norma de proceso para la atención de pacientes que presentan golpe de calor (una propuesta)” se realizó el estudio cuyo objetivo general fue establecer una norma de proceso de atención de enfermería a los pacientes que ingresan con golpe de calor, en la investigación se realiza un diseño de tipo descriptivo con carácter retrospectivo; donde el universo

estudiado estuvo conformado por 14 pacientes que ingresaron a la Emergencia de adulto del HOMELPAVI (Hospital Militar de Maracay Dr. Elbano Paredes Vivas) ; se tomó la totalidad del universo por el reducido número de pacientes en el mismo.

La recolección de datos se realizó a través de las historias clínicas de los pacientes. Concluyendo que existe relación significativa entre los cuidados de enfermería y el conocimiento de éste profesional para ejecutar las mismas.

La investigación mencionada anteriormente guarda relación con la variable cuidados de enfermería ya que en dicho estudio se determinan los procedimientos a seguir ante la sintomatología del golpe de calor, permitiendo ampliar los conocimientos al respecto, siendo de gran utilidad para el presente estudio.

Bases Teóricas.

Rabdomiólisis.

Las enfermedades metabólicas de los músculos se reconocieron por primera vez en la segunda mitad del siglo XX. Cada una de estos desórdenes es causado por un defecto genético diferente que afecta al metabolismo del cuerpo, es decir, el grupo de

cambios químicos que ocurren en las células durante su función normal. También pueden afectar los músculos voluntarios del cuerpo, tales como aquellos que se encuentran en los brazos, las piernas y el tronco.

Algunas pueden involucrar un mayor riesgo de padecer enfermedades cardíacas o hepáticas y los defectos pueden deteriorar los riñones. (IRFAN, A (2003) “Rabdomiólisis” [www.medlineplus.com .ve](http://www.medlineplus.com.ve))

Así pues, podemos definir como enfermedad de los músculos, que la rabdomiólisis según Civetta, J. (1997) “Es un síndrome causado por injuria en el músculo esquelético y la resultante liberación del contenido de las células musculares (mioglobina, potasio, fosfato, etc) dentro del plasma”. Algunas de éstas son tóxicas para el riñón y con frecuencia causan daño renal.

Los músculos requieren mucha energía en forma de ATP para funcionar apropiadamente. Cuando los niveles de energía son demasiado bajos, puede haber debilidad muscular e intolerancia al ejercicio, con dolor o calambres musculares.

Dependiendo de la causa que produce la lesión, el resultado es un aumento de la permeabilidad celular a los iones Na^+ debido a una rotura de la membrana o a una reducción de la producción de ATP. La acumulación de sodio en el citoplasma conduce a un aumento de la concentración de Ca^{++} intracelular debido a su vez a un aumento de la actividad de la proteína intercambiadora de $\text{Na}^+/\text{Ca}^{++}$ en su intento de extraer el exceso de Na.

La depleción de ATP reduce, por otra parte, la actividad de la bomba Ca^{2+} -ATPasa dependiente que en condiciones normales es la encargada de extraer de la célula el calcio en exceso y secuestrarlo en el retículo sarcoplásmico.

En definitiva, el resultado final es un aumento del calcio intracelular, que a su vez, el calcio regula una serie de procesos metabólicos que incluyen la activación de la fosfolipasa A2 y de proteasas neutras que atacan los fosfolípidos de la membrana y las miofibrillas. La degradación de los fosfolípidos de las membranas mitocondriales y del sarcolema ocasiona, a su vez, la salida de ácidos grasos libres y de lisofosfolípidos que son tóxicos para las membranas celulares causando daños adicionales y provocando una retroalimentación de las reacciones tóxicas. En el caso de la rabdomiólisis hereditaria y la provocada por un exceso de ejercicio, el factor

desencadenante de la cascada de reacciones es la depleción de ATP y las lesiones mitocondriales. En otros casos, el aumento del calcio intracelular es el factor causal.

Por tanto, cualquiera que sea el mecanismo desencadenante inicial, en todos los casos tiene lugar:

-Un fallo de la proteína transportadora de Ca^{++} , con el consiguiente aumento del calcio intracelular.

-Un fallo de la bomba $\text{Na}^{+}/\text{K}^{+}$ -ATPasa que contribuye igualmente a un aumento del calcio intracelular.

-Un aumento de la salida mitocondrial de especies reactivas oxigenadas tóxicas que producen un deterioro celular adicional.

Rabdomiólisis inducida por el ejercicio.

Civetta, J. (1997), explica que el síntoma principal de las miopatías metabólicas es la dificultad para realizar algunos tipos de ejercicios, una situación conocida como intolerancia al ejercicio, en la que una persona se cansa muy rápidamente. Las

personas con intolerancia al ejercicio pueden sentir también calambres musculares dolorosos y/o dolor inducido por lesión durante o después del ejercicio.

Las causas de la rabdomiólisis según Civetta, J. (1997), puede ser arbitrariamente divididas en traumáticas y no traumáticas; las causas traumáticas están mejor explicadas por el llamado síndrome de choque el cual fue originalmente descrito en las lesiones relacionadas con batalla o con guerra pero también ocasionalmente vistas en pacientes civiles con trauma. El síndrome es caracterizado por una efectiva reducción en el volumen de plasma circulante, hipotensión y hemoconcentración. En la liberación de objetos que comprimen el área del músculo lesionado la circulación es temporalmente restaurada por una masiva pérdida de ambos fluidos y electrolitos en el tejido lesionado.

Según Civetta, J. (1997), esto resulta en un mioedema, en una disminución del volumen del plasma circulante. Junto con la mioglobinuria una falla renal aguda es el resultado inevitable si la terapia especificada no es rápidamente tomada. La rabdomiólisis es vista también en pacientes no acostumbrados a sostener ejercicios que excedan su límite normal de tolerancia (ej rabdomiólisis post-ejercitacional en reclutas militares) ellos también, tienen necrosis del músculo esquelético, aunque usualmente en menor alcance. Mantener una desmedida actividad generalizada podría

resultar en una rabdomiólisis traumática, como puede suceder en el síndrome de golpe de calor. Notablemente muchos pacientes con el síndrome de golpe de calor también son hipocalémicos incrementando mas allá su riesgo de rabdomiólisis.

Civetta, J. (1997), sostiene que las causas no traumáticas de rabdomiólisis son diversas y su diagnóstico clínico es a menudo difícil de establecer. La miositis y mioedema no son evidentes en la examinación física en un tanto como el 60% de los pacientes. Otros estudios reportan historias de dolor muscular en solo el 25 de 50 casos documentados de rabdomiólisis resultados de inflamación del músculo en solo 4 de 87 casos, y entonces solo antes de la administración de fluidos endovenosos. El alcohol y la contracción muscular fueron citadas como las mas comunes de la rabdomiólisis, la cual concierne con otros.

Se ha notado que el alcohol tiene un efecto tóxico directo en el músculo esquelético en algunos pacientes, ambos crónicos y agudos, el abuso de la bebida puede precipitar a mioglobinuria, con la extensión del músculo dañado correlacionando aparentemente con la cantidad del alcohol consumido. 50% de aquellos pacientes desarrollaron falla renal aguda como parte de su clínica.

Además, aquellos pacientes a menudo están desnutridos, con anomalías metabólicas concomitantes como hipokalemia, hipofosfatemia e hipomagnesemia, las cuales todas pueden contribuir dependientemente a la lesión del músculo esquelético. Finalmente el abuso del alcohol (o abuso de drogas) puede prolongar directamente la herida del músculo esquelético, exonerando la presión del cuerpo comprimido, lo que conduce a la isquemia o necrosis muscular.

Otros mecanismos operativos en la sobredosis de drogas relacionados con rhabdomiólisis incluyen hipotensión, hipotermia, hipoxia por depresión respiratoria, y acidosis metabólica. Ciertamente otras drogas, como el ácido aminocaproico de épsilon y el clorofibrato, son micotoxinas directas mientras que la Succinilcolina altera el metabolismo de las células musculares. La fenciclidina aumenta la actividad miotónica pero no se tiene conocimiento de efecto tóxico directo.

Algunos autores sugieren revisar los valores de creatinina-quinasa en todos los pacientes que presentan coma hiperosmolar diabético. Además, un punto importante a señalar es que la rhabdomiólisis puede ocurrir habitualmente en esta población de pacientes sin una mioglobinuria detectable.

Civetta, J. (1997), explica que los agentes anestésicos deben administrarse con cuidado en pacientes con desorden del músculo primario, en especial los pacientes con distrofia de varios tipos que son susceptibles a la rabdomiólisis y que las anomalías metabólicas son el peligro de vida por los agentes de inhalación (ej, halotano) y los relajantes musculares (ej, Succinilcolina) y que poseen un riesgo significativo de distrofia muscular para los pacientes.

El mismo autor, hace referencia a que las drogas psicotrópicas y neurolépticas son comúnmente administradas en unidades de atención crítica. Estas tienen el potencial de inducir el síndrome maligno neuroléptico, el cual es caracterizado por rigidez muscular y cambios neurológicos (por lo general, catatonia). El reconocimiento y la pronta suspensión de la medicación es importante atender.

Las Infecciones son causas poco frecuentes de la rabdomiólisis; por lo general son virales y vistas casi exclusivamente en pacientes de edad avanzada como una de las causas de rabdomiólisis. De éstos, influenza A se asociaron con mayor frecuencia.

Otros afecciones asociadas se encuentran: la enfermedad de legionelosis, tétanos, leptospirosis, hepatitis (tipo A, no A y no B) shigelosis y HIV. En los últimos 3 años,

rabdomiólisis asociadas al VIH se ha convertido en una entidad cada vez más reconocido. En el ultimo de estos estudios (11 pacientes), inmune mediada por miositis, el uso de drogas psicotrópicas (ejemplo haloperidol) y otras medicaciones (ejemplo pentamidina, miopatía mitocondrial inducida por la zidovudina), infiltración tumoral del músculo, VIH, Vasculitis y otros fueron más comúnmente asociados con el desarrollo clínicamente significativo de rabdomiólisis.

Clínica.

Las manifestaciones clínicas de la rabdomiólisis, según explica Civetta, J. (1997), están dominadas en el paciente alerta por hipersensibilidad, debilidad y dolor a la compresión de las masas musculares, particularmente cuando es de origen traumático. Los signos musculares pueden estar ausentes en los cuadros no traumáticos.

El edema siempre presente, explica el autor antes citado, puede ponerse siempre en evidencia, luego de iniciado el tratamiento con fluidoterapia. El aumento de la presión intersticial – intramuscular, da lugar a síndrome compartimental, con subsiguiente compromiso de la perfusión local y aumento de la rabdomiólisis, la cual genera trastornos sensitivos-motores de aquellos segmentos comprometidos. La

degradación del tejido muscular durante un ataque sintomático puede causar mioglobinuria. A los signos propios de la lesión compartimental se agregan hipotensión, taquicardia, palidez, sudoración, vómitos y deshidratación.

Pruebas de Laboratorio.

Civetta, J. (1997), hace referencia a que el sistema músculo esquelético contiene 110 Mmol de potasio por kilogramo de músculo. Después de la lesión muscular masiva, la liberación libre de potasio en la circulación puede causar hiperkalemia importante, y podría derivar en arritmias letales, en especial durante los primeros 1 a 3 días después de la lesión, además, oliguria y acidosis metabólica con clara disminución renal de potasio a menudo presente, de los cuales ambos pueden exacerbar la hiperkalemia.

Civetta, J. (1997), sostiene que la hipocalcemia ocurre frecuentemente en la rabdomiólisis, esta es usualmente vista tempranamente en el curso clínico cuando se mide proteínas séricas, como la albúmina que son normales o elevados.

Agrega el autor que el carbonato de calcio y fosfato de calcio son sales difusas y son depositados en heridas o en el músculo esquelético necrozado y que además, varios autores sugieren que la hiperfosfatemia, la consiguiente disminución de los niveles $1,25 - (\text{OH})_2\text{-D}_3$ y resistencia esquelética a la vitamina D contribuyen al desarrollo de hipocalcemia; el hecho de que el calcio es depositado en el músculo lesionado es bien establecido.

Civetta, J. (1997), menciona que la Hipercalcemia puede ser vista en pacientes con mioglobinuria que desarrollan insuficiencia renal aguda y que se encuentran en la fase diurética de la enfermedad. Casi todos aquellos pacientes con hipocalcemia se encuentran durante las etapas tempranas clínicas de rabdomiólisis.

Igualmente sostiene el autor que la hiperuricemia es solo presente y marcada en pacientes que tienen rabdomiólisis post- ejercitacional. La tasa de uso de urato sérico generalmente excede la tasa de secreción renal y es pensado para representar la sobreproducción rojiza liberada del músculo y metabolizada del ácido úrico. Adicionalmente, la secreción urinaria puede ser afectada, por que ambas, lactato y urato son activamente excretados por el mismo mecanismo tubular distal y por que el esfuerzo arduo causa metabolismo anaeróbico y genera lactato.

El grado de aumento del ácido úrico no está co-relacionado con el del grado de azotemia en los pacientes con rhabdomiólisis y falla renal aguda, sino que tienen una brecha de acidosis metabólica que cuando se hacen comparaciones entre un grupo de personas con fallas renales y aquellas que tienen falla renal aguda inducida por rhabdomiólisis son mayores que las que tienen falla renal por otras causas.

El fósforo contenido en el músculo esquelético es de 2.25g por kilo de músculo y como el potasio, este se fuga de las células del músculo lesionado, en las cuales su integridad de membranas fue alterada, resultando en un suero de hiperfosfatemia. Adicionalmente, algún fosfato presente podría resultar de la hidrólisis de bonos de fosfato en el adenosina trifosfato (ATP). El fosfato puede, en cambio, precipitarse con el calcio y depositarse en las paredes de los vasos sanguíneos, en los tejidos suaves (incluyendo los musculares) y en la cornea.

La ruptura del músculo esquelético tiene como resultado la liberación de creatina, un componente almacenado de gran energía fosfática (en forma de fosfocreatina). La creatinina en cambio es el producto metabólico de la degeneración de la creatina y es filtrado por el glomérulo, pero no reabsorbido. Cerca del 2% de la creatina almacenada en el cuerpo es metabolizada en creatinina cada 24 horas. La Formación de creatina es proporcional al volumen de masa muscular del cuerpo. En la

rabdomiólisis, la enseñanza tradicional es que la formación excede su tasa de filtración, tales niveles de suero de creatinina medida aumentan fuera de proporción por los niveles de BUN y como resultado, el ratio calculado de creatinina es bajo.

El creatinín fosfatoquinasa (CK) sérico medido es invariablemente elevado en la rabdomiólisis y su concentración en el músculo esquelético y el miocardio es alta, así como cantidades apreciables también pueden estar en el tejido cerebral. La liberación de CK por un músculo lesionado o miocardio es específicamente bastante marcada en estas lesiones, particularmente cuando la elevación es profunda. Menores grados de elevación también son vistos en pacientes con edema pulmonar o infarto pulmonar, generalmente los niveles de CK puntean durante las primeras 24 horas después de la lesión.

Posteriormente los niveles deben bajar a una tasa de 50% cada 48 horas. Si un segundo lugar en los valores de CK se observa, el curso periódico de la lesión muscular y necrosis debe considerarse la investigación de un síndrome de compartimiento. La aldolasa, otra enzima muscular, es liberada cuando ocurre una lesión resultando en la elevación de los niveles de aldolasa medidos en suero. En la mayoría de los hospitales aquellos valores son rápidamente obtenidos de modo que, a raíz de los niveles de aldolasa se vuelve menos práctico. Similarmente, la anhidraza

carbónica 3 es un marcador bioquímico sumamente específico del músculo esquelético y puede ser útil para diferenciar las lesiones del miocardio de las lesiones del músculo esquelético. Desafortunadamente esto también no es ampliamente viable como herramienta de visualización.

La mioglobina es una proteína oxigenada vinculante encontrada en el músculo, en unas cantidades de 2.5 gramos por cada 100 gramos de músculo esquelético. Esta vincula y transporta las moléculas de oxígeno a través de las membranas de las células musculares hasta el aparato mitocondrial, donde ocurre la óxido-fosforilación. La mioglobina esta normalmente presente en el suero en concentraciones de por debajo de 85 ng/ml de las cuales 50% está vinculado a una alfa2-globulina, que es liberado del músculo esquelético lesionado y que normalmente aparece en la orina cuando los niveles séricos supere los 1500 a 3000 ng/ml.

Detectar la presencia de mioglobina en la orina indica que al menos 100 a 200 g de músculo están heridos; groseramente visible, la mioglobinuria es una función de la concentración de mioglobina en plasma, el alcance de la mioglobina vinculante en el plasma, la tasa de filtración glomerular y la tasa de flujo urinario. En otras palabras, la presencia o ausencia de visibilidad de mioglobinuria no se correlaciona con el grado subyacente de las lesiones musculares.

La disfunción hepática es común en pacientes con rabdomiólisis no traumática. En un estudio, 25% de los pacientes tenían funciones anormales irreversibles en el hígado. Esas anormalidades son: elevación de los niveles de lactato deshidrogenada, transaminasas hepáticas (aspartato aminotransferasa, anina aminotransferasa) y bilirrubina total como también prolongación de los tiempos de protombina, no relacionados a CID. Con la excepción del lactato de deshidrogenada, todos estos resultados de laboratorios fueron significativamente comunes en pacientes que desarrollaron falla renal aguda.

El uso de Tc – disfosfonato destaca las zonas de lesiones musculares. Uno debe ser capaz de establecer un diagnóstico de rabdomiólisis por otros medios. Sin embargo, la digitalización ofrece una cuantificación aproximada de la magnitud de la lesión muscular y puede detectar previamente insospechadas esferas de los daños que pueden ser susceptibles a complicaciones tales como el síndrome de compartimiento. Los resultados son especialmente llamativos en los pacientes que desarrollan insuficiencia renal. La reversión a la normalidad puede tardar meses.

Complicaciones

Civetta, J. (1997), hace referencia a que la prevención de la falla renal aguda es necesaria en todos los pacientes padecientes de rabdomiólisis.

Sinert M (2005) reportan una tasa de incidencia de 0% de falla renal aguda en 35 pacientes con rabdomiólisis inducida por el ejercicio quienes presentaron con un promedio de cK de 40-471 u/l por debajo de otros mórbidos factores nefrotóxicos que sobreviene a hipovolemia significativa. Todos los pacientes cuya concentración excedió 1000mg/mil desarrollaron falla renal aguda.

Según Civetta, J. (1997), cuando se desarrolla una falla renal aguda el panorama generalmente es bueno, la morbilidad es mas asociada directamente con una administración incompleta de perturbaciones metabólicas asociadas. La mayoría de los pacientes recupera la línea base de su función renal en 3 o 4 semanas, la diálisis durante este intervalo no esta asociado con un incremento significativo en complicaciones clínicas. La temprana implementación de continua hemofiltración arterio-venosa con o sin diálisis en pacientes con falla renal aguda puede rápidamente recuperar la función renal. Continuas hemofiltraciones arterio-venosas con diálisis es un método eficiente y efectivo de dializar la hemoglobina del plasma así una duración mas corta de diálisis continua puede ser requerido.

Explica el autor que la inflamación muscular que conduce a la compresión de músculos intracompartimental de una envoltura facial estrecha plantea un riesgo sustancial en rabdomiólisis. Ésta inflamación puede en última instancia poner en

peligro la viabilidad adicional del músculo, quejas por empeoramiento del dolor, desarrollo de forestesia o tensión del compartimiento muscular.

En la examinación física debe tomarse medidas de la presión intracompartimental muscular seguida seriamente ya que la presión puede ser aliviada antes del desarrollo del daño permanente en un músculo o nervio, una fasciotomía de emergencia puede ser requerida para aliviar la alta presión intracompartimental cuando el compromiso vascular es evidente, recuerde también que la repleción de volumen es mantenida por la inflamación muscular y un síndrome de compartimiento podría desarrollarse como resultado posterior, se le resta importancia a la repleción de volumen.

Según Andrade, L (2000) la complicación más letal de este síndrome es la insuficiencia renal aguda mioglobinúrica; se proponen los siguientes mecanismos patogénicos de dicha complicación:

Nefrotoxicidad directa por pigmentos héticos: su toxicidad aparece cuando se disocia en ferrinato + globina, proceso que sucede con pH urinarios ácidos, menores de 5,6. El ferrinato entra en la célula tubular proximal, aumenta la permeabilidad al sodio, ésto activa a la bomba sodio/potasio ATPasa, como mecanismo compensatorio

para la expulsión de sodio, lo cual determina un aumento del consumo de energía hasta el agotamiento del ATP, momento en el cual se acumula este ión, produciendo cambios osmóticos celulares que se traduce en edema y muerte celular.

Andrade, L (2000) explica que el aumento de la filtración glomerular: en cuanto al efecto de la mioglobina sobre la hemodinamia renal muestran que la administración intravenosa de extracto muscular produce disminución de la presión arterial y de la filtración glomerular, que puede ser debido al aumento de la resistencia vascular renal, a la disminución del flujo sanguíneo cortical y a la disminución de la permeabilidad glomerular, que se encuentra determinada por la concentración de células mesangiales por angiotensina II y vasopresina.

La obstrucción tubular, explica Andrade, L (2000), viene dada por la presencia de cilindros pigmentarios y restos celulares, en relación a los cilindros se deben a: precipitación de ácido úrico y ferrinato en orinas ácidas, hiperfosfatemia y cristalinización de sales de calcio; y coagulación intravascular diseminada. La obstrucción celular determina disminución de la filtración glomerular así como obstrucción parcial del flujo urinario, con el consiguiente deterioro de la función renal donde la disminución de la perfusión renal: se debe al shock o hipovolemia que acompaña a este síndrome.

Tratamiento.

Para Andrade, L (2000) la administración oportuna y agresiva de líquidos (hidratación) puede prevenir complicaciones al eliminar rápidamente la mioglobina de los riñones donde es necesario administrar líquidos por vía intravenosa y estas necesidades de líquidos con la necrosis muscular pueden equivaler a las necesidades de volumen masivo de líquidos de un paciente con quemaduras severas.

Los medicamentos que se pueden recetar abarcan diuréticos y bicarbonato (si la diuresis es suficiente) y se debe tratar la hipercalemia si está presente y la insuficiencia renal en la medida en que se considere apropiado donde el desenlace clínico varía dependiendo de la magnitud del daño renal.

Prevención.

Se recomienda tomar mucho líquido después del ejercicio agotador para diluir la orina y eliminar la mioglobina del riñón. La hidratación también puede ser necesaria después de cualquier afección o evento que pueda implicar daño al músculo esquelético. (Revista Mediner Plus 2007).

Andrade, L (2000) explica que la falta de reconocimiento de elevación progresiva de la presión del compartimiento intrafascial del músculo (como empeoramiento del mioedema) puede ser devastadora y puede causar discapacidad permanente. Se debe prestar atención minuciosa a los resultados del examen físico, especialmente la de un aumento progresivo en la tensión y sensibilidad del músculo palpable. Un paciente quien presenta dolor y parestesia debe recibir atención inmediata. La elevación renovada del nivel de CK debe también alertar a la clínica de la posibilidad de desarrollo del síndrome compartimental. La medición de la presión intracompartimental puede ser realizado usando una sonda y transductor. La presión intracompartimental mayor a 30 mm/Hg generalmente requiere fasciotomía para prevenir daño neurovascular. La tibial anterior, en particular, es susceptible a esta complicación porque es normalmente un compartimiento apretado con poco margen para la expansión. Una incisión baja al músculo para chequear la respuesta contráctil a los pellizcos puede ser requerida para evaluar la necesidad de una fasciotomía.

Cultura de los Cuidados: Teoría de la diversidad y de la universalidad.

La teoría de Leininger procede de la antropología y de la enfermería, ha definido la enfermería transcultural como una de las grandes áreas de la enfermería, que se centra en el estudio y el análisis comparado de las diferentes culturas y subculturas

del mundo, desde el punto de vista de sus valores asistenciales, de la expresión y convicciones sobre la salud y la enfermedad y de los modelos de conducta, siempre con el propósito de desarrollar una base de conocimientos científicos y humanísticos que permitan una práctica de la atención sanitaria específica de la cultura y / o universal. (Tovar y Raile 2003; p.507)

Leininger (1954) citada por (Tovar y Raile 2003), afirma que con el tiempo esta área se convertirá en un nuevo dominio del ejercicio de la enfermería, que se reflejará en un ejercicio profesional diferente, definido y fundamentado en principios culturales y diseñado específicamente para orientar los cuidados de la enfermería a los individuos, las familias, los grupos y las instituciones, sostiene que como la cultura y la asistencia son los medios más generales y holísticos que permite conceptualizar y comprender a las personas. (p. 270)

Afirman los autores antes mencionados que la enfermería transcultural se ha de convertir en una de las áreas más importantes, significativas y prometedoras del estudio formal, la investigación y la práctica, debido al mundo multicultural en que vivimos. Predijo también que, para que enfermería tenga importancia y significado frente a los pacientes y otros profesionales de este campo en todo el mundo, es imperativo disponer de conocimientos y competencias en enfermería transcultural, capaces de orientar las acciones y las decisiones para obtener resultados positivos y eficaces. (ob.cit. 508)

Establece la diferencia entre enfermería transcultural e intercultural, en donde la primera se refiere a los profesionales de enfermería preparados y comprometidos en adquirir un conocimiento y un método práctico de actuación de la enfermería transcultural.

La enfermería intercultural la integran los profesionales que utilizan los conceptos antropológicos médicos o aplicados, sin comprometerse en el desarrollo de teorías o prácticas basadas en la investigación, dentro del campo de la enfermería transcultural, otra diferencia es que la enfermería transcultural utiliza una base teórica y práctica comparadas entre varias culturas, mientras que la intercultural es la que aplican los profesionales que trabajan con dos culturas.

Leininger, desarrollo su teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales, basada en su convicción de que las personas de culturas diferentes pueden ofrecer información y orientar a los profesionales para recibir la clase de cuidados que desean o necesitan de los demás.

La cultura determina los patrones y estilos de vida que tiene influencia en las decisiones de las personas, esta teoría ayuda a la enfermera a descubrir y documentar

el mundo del paciente y utiliza sus puntos de vista énicos, sus conocimientos y sus prácticas en conjunción con una ética apropiada (conocimiento profesional) como base para adoptar acciones y decisiones profesionales coherentes con los modos culturales.

Los cuidados culturales conforman la teoría integral de enfermería más amplia que existe, ya que tiene en cuenta la totalidad y la perspectiva holística de la vida humana y la existencia a lo largo del tiempo, incluyendo factores culturales sociales, la visión del mundo, la historia y los valores culturales, el contexto ambiental, las expresiones del lenguaje y los modelos populares (genéricos) y profesionales.

La teoría de los cuidados culturales puede ser inductiva y deductiva, al derivarse de conocimientos énicos (interno) y ético (exterior). La teoría propuesta debe verse en términos holísticos o dentro de dominios específicos de interés. (ob.cit.510)

Roles del profesional de enfermería.

Son maneras de describir las actividades del profesional de enfermería en la práctica. Estos roles son: identificado por Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000),

“cuidadora, comunicadora, maestro, consejero, defensor del cliente, agente de cambio, líder, director e investigador.” (p.28) Cada rol esta descrito por separado, solo se describirá dos, el primero de ellos el maestro donde define:

La enseñanza se refiere a actividades por medio de las cuales el maestro ayuda al alumno a aprender. Es un proceso de influencia dinámica entre el profesor y uno o más aprendices en el cual se consiguen objetivos específicos d aprendizaje o cambios de conducta deseados. (P. 30).

La segunda de ellos se refiere al consejero como:

El asesoramiento es el proceso de ayudar a un cliente a reconocer y hacer frente a problemas estresantes desde el punto de vista psicológico o social para desarrollar y mejorar las relaciones interpersonales y promocionar el crecimiento del adulto esto implica apoyo emocional, intelectual y psicológico. Se concentrara en ayudar al individuo a desarrollar nuevas actitudes, sentimientos y conductas más que en estimular su desarrollo intelectual. Se anima al cliente a buscar conductas alternativas a reconocer las opciones y a desarrollar su dominio. (P. 30).

Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000) explican que la educación incluye dos procesos: la enseñanza y el aprendizaje. Sin embargo estos procesos no son interdependientes. La enseñanza se puede producir sin que tenga lugar ningún aprendizaje y el aprendizaje se puede producir sin que halla lugar la enseñanza. La

educación del cliente es un aspecto principal de la práctica de la enfermería y una importante función de enfermería independiente.

Los autores sostienen que la educación del paciente es multifacético implica la promoción, protección y mantenimiento de la salud. Implica la enseñanza para reducir los factores de riesgo en salud, aumentar el nivel de bienestar de la persona y proporcionar medidas específicas de protección de la salud.

Como una de las funciones del profesional de enfermería, la docencia es un sistema de actividades orientadas a que se produzca el aprendizaje de forma específica. El proceso docencia-aprendizaje implica una interacción dinámica entre el profesor y el alumno, cada uno transmite información, emociones, percepciones y actitudes al otro.

Las actividades docentes deben ayudar al que aprende a descubrir sus objetivos individuales en este sentido. Si alguna de ellas no le son útiles es necesario volver a empezar. Es esencial la armonía entre el profesor y el alumno. El maestro hace uso de los conocimientos previos del paciente, le anima en la situación actual y fomenta nuevas habilidades.

La persona que enseña debe comunicarse de forma clara y concisa, al igual que las palabras que use debe tener el mismo significado para ambos. Las actividades se orientan hacia los objetivos del aprendizaje personal y de su entorno.

Relación interpersonal Enfermera-Paciente.

La relación enfermera-paciente tiene como objetivo fundamental satisfacer las necesidades del paciente. Al respecto Cook, A; Smith, I y Leonel, H (2005) señalan que:

El comportamiento emocional de la relación enfermera-paciente, es tan importante como el componente físico, implica que la enfermera responde al cliente como un ser humano que como profesional de la salud. Las enfermeras deben aportar muchas cualidades a estas relaciones consideración positiva, actitud no de juicio, aceptación consideración, cariño, empatía, autenticidad, congruencia de los mensajes verbales y la capacidad de no revelarse así mismo (p.14).

En este sentido se puede entender que en la relación del profesional de enfermería con el paciente, juega un papel tanto el comportamiento emocional, como el físico: por lo que la enfermera debe poseer muchas cualidades y actitudes positivas de aceptación, cariño, autenticidad, empatía y debe existir una íntima relación con lo que

se expresa en forma verbal y con los mensajes verbales, de allí la importancia de la comunicación para establecer una efectiva relación enfermera paciente.

El comportamiento psicológico de la relación de ayuda o apoyo psicosocial es fundamental en este sentido Durhan, J y Cohen, F (1999) explica que “La enfermera debe proporcionar una atmósfera de aceptación individual al paciente”.(p.257). Esto quiere decir hacer a un lado sentimientos o prejuicios personales respecto a los antecedentes o estilos de vida del paciente.

Al respecto Pastor, G y León, J (2000) señalan que “Existen elementos básicos en la relación de ayuda: la empatía, la escucha atenta, reformulación, respeto cálido” (p.101). A la luz de la importancia que reviste el componente básico de la relación de ayuda, es preciso ampliar y consolidar los conocimientos del profesional de enfermería para la aplicación con eficacia.

En relación a la empatía, Potter, P y Griffin, A (1999) expresan lo siguiente, la capacidad para comprender y aceptar la vida de otras personas y para captar sus sentimientos con exactitud... ver las experiencias de otras personas de una manera justa, con sensibilidad y objetividad... se puede establecer una relación de empatía

mirando al mundo desde el punto de vista del enfermo y sintiendo el mundo del enfermo (p.220).

Igualmente, Parada, M (1998) señala la empatía como:

La actitud que permite penetrar plenamente en el mundo de los sentimientos y significados personales del otro y verlos tal como el los ve... hay que colocarse emocionalmente en el lugar del otro e imaginar que es lo que se sentirá estando en el lugar de él (p.282)

En este sentido es importante que el profesional de enfermería escuche activamente al paciente para poder darse cuenta de la realidad objetiva del problema, así comprenderá la actitud del paciente en cuanto a su comportamiento y lo que dice, deberá captar los sentimientos, emociones, justificando el comportamiento del paciente y tratándolo con respeto y dignidad.

Archer, M (1990) señala que “La relación enfermera-paciente se edifica sobre un intercambio y reciprocidades como la pericia, la autenticidad, la enseñanza y el aprendizaje de oferta de servicio y la recepción del servicio” (p.30).

Lo señalado por los autores citados permiten inferir que la relación del enfermero-paciente, esta en concordancia con algunos aspectos relacionados con dicha interacción, la cual esta basada en el intercambio mutuo de habilidades, destrezas, autenticidad y la enseñanza entre ambos ayuda a expresar lo que siente reorienta sus sentimientos y fortalece los aspectos positivos, para ello debe desarrollar la comunidad con respeto y empatía esta forma de relación de la enfermera con el paciente parte que ésta se identifique con las necesidades del mismo.

La relación enfermera – paciente que se brinda a través de la comunicación permite brindar apoyo psicológico al enfermo con rabdomiólisis y en este sentido Durhan, J y Cohen, F (2000) explican “que la enfermera debe proporcionar una atmósfera de aceptación individual al paciente” (p. 257), esto quiere decir que deben hacer a un lado sentimientos de prejuicios personales con relación al estilo de vida del enfermo y no catalogarlo de ninguna forma, sino por el contrario, respetarlo en todo momento.

La enfermería como profesión en le campo de la salud es responsable de realizar una practica inminentemente social y humana que avanza a medida que buscan los cambios científicos y tecnológicos, adquiriendo amplios conocimientos acordes con las exigencias actuales de la salud, en este sentido Kozier, B; Erb, G y Blais, K

(2000) expresa “antiguamente la enfermería era fundamentalmente empírica, se basaba en la experiencia y observación más que en la investigación. Ahora existe una base científica debido a que han surgido nuevos métodos de enfermería” (p. 120).

En consecuencia uno de los objetivos primordiales de enfermería es la satisfacción de necesidades básicas al enfermo. Al respecto Maslow (1970) citado por Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000) refieren “la enfermería es una profesión orientada hacia el servicio de la salud, con el objeto de satisfacer las necesidades básicas del individuo tanto sano como enfermo relacionados con todos los aspectos de capacidad funcional que asume responsabilidades que le correspondan”. (p. 72).

Analizando lo citado se tiene que la enfermera ayuda a las personas enfermas o sanas en la ejecución de actividades que contribuyan a su salud y/o recuperación de las necesidades básicas cuando éstos no pueden hacerlas solas por estar enfermas o carecer de conocimientos o habilidades necesarias.

En virtud a lo expuesto se tiene que las actividades de enfermería están dirigidas a satisfacer las necesidades del ser humano en cada una de las etapas de su vida y abarca las necesidades fisiológicas de protección, de amor y pertenencia, de

autoestima y realización, en este caso el paciente con rabdomiólisis, ofreciendo una atención segura, oportuna y calificada, que ayudan a satisfacer todas o cada una de las necesidades en particular psicosociales.

En tal sentido, la sociedad reconoce a la enfermera como un miembro que actúa responsablemente para lograr la satisfacción de necesidades, aumentando las expectativas de vida a nivel hospitalario y extra hospitalaria, mediante el establecimiento de metas, objetivos, prioridades y actividades para identificar las necesidades reales y/o potenciales, esto se logra mediante la utilización de la comunicación como herramienta fundamental en las acciones de enfermería.

Aspectos Psicosociales.

Para Tamieson E. y Sembral, M (1999) la define como “el equilibrio emocional o estado de bienestar mental”.

En los pacientes con rabdomiólisis los aspectos psicológicos que se van a tratar son las emociones que son estados anímicos que manifiestan y también se reflejan en comportamientos externos e internos. También podría decirse que es una

combinación compleja de aspectos fisiológicos, sociales, y psicológicos dentro de una misma situación, como respuesta a una necesidad o motivación. Los sentimientos conocidos como tendencias o impulsos, estados anímicos entre los que se encuentra frustración, preocupaciones, depresión, ansiedad, entre otros, pueden ser evidenciados con más frecuencia en estos pacientes hospitalizados debido a su gran exigencia física militar, a la cual son sometidos en su rutina y entrenamiento diario.

Apoyo Social.

Para ello, Hernández, O; Dren, O y González, E (2000), dentro de su perfil profesional “debe tener aptitud de servicio al ser humano, persona, familia y grupo comunitario” (p.15), esto implica comunicarse verbalmente, sensibilidad para atender a los problemas de salud y establecer buenas relaciones interpersonales, capacidad de observación y análisis crítico y reflexivo, al igual que tener dominio emocional y afinidad por las ciencias biológicas, psicológicas y sociales.

Bajo esta perspectiva, el paciente hospitalizado encuentra en enfermería la satisfacción de sus necesidades, proporcionándole cuidados individualizados y especializados.

Apoyo Psicosocial / Relación de Ayuda.

Vásquez, W (1998) explica que el apoyo psicosocial es una forma de relación interpersonal de ayuda que establece el profesional de la salud con sus pacientes, para así ayudarlos a superar cualquier situación difícil durante el proceso, este apoyo se identifica en aspectos tales como: comunicación, socialización y orientación

Ansiedad

La enfermedad es un hecho que rompe la armonía, proyectos y actividades normales de la vida de las personas que la sufren. Este acontecimiento trascendental e inherente a la propia vida no es vivido de la misma manera por todas las personas. De hecho, es cierto aquello de no es la enfermedad, sino la persona que la padece.

La reacción de una persona ante el hecho de tener que ser hospitalizado no siempre ha de ser un factor de ansiedad o estrés. Dependerá del tipo de diagnóstico médico, el tiempo de hospitalización, la edad, la personalidad, las experiencias

médicas previas, la forma de afrontar la hospitalización y la operación en caso de haberla, etc.

Va a vivir en un entorno que no le es familiar donde las normas, las rutinas y la gente son totalmente diferentes a lo que él está acostumbrado. Siente dolor y malestar, no tiene intimidad, está alejado de su familia, se siente inseguro y temeroso, sobretodo debido al desconocimiento de lo que va a pasar. Tendrá que ir asumiendo poco a poco estos cambios y acostumbrarse al hecho de que otras personas le van a cuidar. Acostumbrarse a no tener su propia rutina, a no disfrutar de sus cosas, a nuevas comidas y a horarios estrictos o quizás padres o madres de familia quienes juegan un rol importante en cuanto al sustento económico.

Tradicionalmente, la ansiedad del paciente ha sido considerada como algo colateral, ajeno a los cuidados y que, por lo tanto, solo debe ser disminuida como entidad global. Sin embargo, desde hace unos años se vienen tipificando los distintos diagnósticos de Enfermería posibles, y la ansiedad es considerada como tal, por tratarse de un problema que puede solucionarse con acciones de Enfermería.

La ansiedad podría definirse según Kozier, Erb y Olivieri (2000) como “una reacción común ante el estrés, un estado de desasosiego, aprensión, terror, el presentimiento o la sensación de desamparo que tiene que ver con un miedo inminente o imprevisto a así mismo o a las relaciones de importancia” (P. 853).

En cualquier caso, aunque la ansiedad en pacientes con rabdomiólisis pueda ser un reflejo de estados internos se asocia generalmente con sucesos estresantes externos, observando que algunas personas pueden ser más vulnerables que otras. La ansiedad puede ser experimentada por cualquier persona, ya que esencialmente es una respuesta al estrés. Por esto, prepara al individuo para la acción a la hora de enfrentarse a un peligro. Hay muchas ocasiones en las que, incluso, esta respuesta puede ser vital y es donde se pone de manifiesto las acciones que puede realizar el personal de enfermería en estos pacientes con rabdomiólisis donde su limitante es un miembro que les impide desenvolverse en el medio social.

Como lo señala Rovira y Latorre (1991) “...las experiencias que mayor ansiedad producen son las relacionadas con el dolor, el miedo a las consecuencias de la enfermedad y la falta de información sobre ésta” (P. 125)

Es por ello que las investigadoras piensan que es punto fundamental que el personal de enfermería que trata a pacientes con rabdomiólisis debe estar capacitado para diagnosticar la ansiedad y planificar acciones que la hagan disminuir o desaparecer, sabiendo integrar este aspecto dentro del plan general de cuidados de éste.

La ansiedad se clasifica según Kozier, Erb y Olivieri (2000) en:

1. Ansiedad ligera: que produce un estado de estímulo leve que intensifica la percepción, el aprendizaje y las habilidades.
2. Ansiedad moderada: que aumenta el estado de estímulo a un nivel en el que la persona refleja tensión, nerviosismo preocupación.
3. Ansiedad severa: se agota las energías del individuo y necesita intervención.
4. Pánico: es un nivel abrumador y terrible de ansiedad que lleva a la persona a perder el control.

Según lo antes expuesto, algunos pacientes con rabdomiólisis al momento de realizar el baño en cama, en caso de que los miembros inferiores hayan sido afectados, presentan cierto grado de ansiedad por el grado de dolor que éstos puedan sentir y por ende reaccionan de una manera altanera o grosera.

Es por ello que la aparición o aumento del dolor hace que el paciente hospitalizado piense en un agravamiento de su enfermedad. Estos pensamientos negativos generan un aumento de la ansiedad, lo que a su vez aumenta la percepción del dolor, produciéndose un círculo vicioso ansiedad-dolor.

Si tenemos en cuenta que se ha establecido que “la ansiedad conlleva una disminución de las defensas inmunológicas (Valdés y Flores, 1985) y un “aumento de los umbrales perceptivos que dificultan la EPS” (Haber, 1982) parece claro que al entrar en dicho ciclo puede favorecer un aumento en el tiempo de hospitalización de un paciente.

Ante esta situación, Kozier, Erb y Olivieri (2000) dan unas líneas de orientación general en enfermería para disminuir la ansiedad en los pacientes:

1. Apoyar al paciente y a la familia en el momento de la enfermedad. Aportando cuidados y comprensión. El sentimiento de que alguien les ayuda y cuida es una fuente de apoyo para la gente ansiosa.

2. Orientar al paciente al hospital. En un hospital se le ayuda en el cambio del papel, con los miembros de la familia, se hace a través de la información de las horas de visita y de que forma pueden colaborar.

3. Proporcionar al enfermo hospitalario alguna forma de mantener su identidad. El nombre o las ropas de una persona son parte importante de su exclusividad como individuo. Las enfermeras pueden ayudarles llamándoles por su nombre.

4. Facilitar información cuando la que se haya dado no sea suficiente. El miedo a lo desconocido y los datos incorrectos a menudo causan ansiedad. Se puede relatar un hecho en términos inadecuados, solucionándose con información adicional o a través de la clarificación.

5. Repetir la información cuando el paciente tiene dificultades para recordarla. Las enfermeras pueden ayudarles repitiéndosela cuando sea preciso y permitiéndoles hacer uso de las mismas cuando lo deseen.

6. Animarle para que participen en el plan de cuidados. La pérdida del derecho a determinar el propio destino puede ser factor de ansiedad para algunos,

especialmente para los adultos independientes o que asumen responsabilidades de otros en la vida diaria.

7. Dar tiempo al enfermo para que desahogue sus sentimientos y pensamientos. Ella debe ser sensible a las necesidades y no tiene que hacerle muchas preguntas ni estar demasiado ocupada para escucharle.
8. Asegúrese de que las metas estén dentro de las capacidades del enfermo. En cualquier actividad, la enfermera debería saber si el paciente es capaz de realizarla. Más allá de sus posibilidades, es posible que la ansiedad aumente al no lograr el objetivo.
9. Ser sensible a las situaciones y experiencias específicas. A menudo una observación cuidadosa recaba información que la enfermera o el médico puedan emplear para ayudarle.
10. Ayudar a un enfermo a valorar correctamente una situación. A veces, la ausencia de conocimiento o la interpretación errónea de una serie de hechos inducen a conclusiones incorrectas.

11. Facilitar un medio en el que la persona pueda funcionar independientemente en algún grado sin ayuda. Si los enfermos pueden disponer de algún grado de independencia, como el usar los utensilios para comer que se han adaptado para ellos, se sentirá mejor.

12. Reforzar los factores ambientales positivos y reorganizar los negativos para colaborar en la disminución de la ansiedad. Los pensamientos de una persona se detienen en problemas y dificultades que aumentan la ansiedad y el estrés, más que centrarse en cosas positivas que normalmente lo disminuye.

13. Preparar visitas a otros enfermos con experiencias similares. Esto lo puede mejorar, el encontrarse con alguien que en circunstancias similares haya conseguido adaptarse.

14. Comunicar, competencia, comprensión y empatía en vez de ansiedad. Las enfermeras tienen que conocer y actuar de una manera espontánea que manifieste competencia y empatía para disminuir el nivel de ansiedad.

El paciente demanda en los profesionales sanitarios conocimientos suficientes y científicos que le conduzcan a un correcto diagnóstico y tratamiento, pero acompañados de conocimiento en el campo de la psicología clínica, de tal manera que los cuidados de todo buen profesional irán encaminados a un ser con necesidades bio-psicosociales; que precisa de un tratamiento integral que abarque las tres esferas.

La comunicación.

En el contexto de este trabajo, la comunicación constituye un elemento de apoyo psicosocial que debe proporcionar el profesional de enfermería al enfermo con rhabdomiólisis con el propósito de identificar sus necesidades psicológicas y sociales.

Al respecto Dugas, B (2000) refiere lo siguiente: “la comunicación es el proceso por el que una persona transmite a otra sus pensamientos, sufrimientos o ideas. Es un medio que permite al individuo corresponder a otros, aceptar y ser aceptado, transmitir y recibir información, dar y recibir instrucciones, enseñar y aprender” (p. 173).

De allí la importancia de escuchar los problemas e inquietudes del enfermo, utilizando estrategias comunicacionales y formas de expresión, orales, gestuales y escritas.

La socialización.

Es un hecho cierto el que los individuos son seres sociales y la importancia que tienen los demás para el resto de las personas, así pues Li3n, B, Adab, M; Garc3a, M y Nieto, J (2000) explican que “la socializaci3n es una necesidad que nos impulsa a vivir y a realizar cosas con otras personas” (p. 157). Partiendo de esta informaci3n y tomando como referencia al paciente con rabdomi3lisis, se puede afirmar que la socializaci3n es un hecho necesario para dicho enfermo, pues le permitir3 aceptar y manejar su condici3n de manera m3s humana y con la ayuda de su entorno social.

Los citados autores tambi3n hacen referencia a la necesidad de afiliaci3n que tiene su base en la tendencia humana a la sociabilidad; al agruparse y obtener apoyo y reconocimiento. En tal sentido el paciente con rabdomi3lisis debe contar con un sistema de apoyo social, enmarcado dentro de su contexto familiar y de amigos e incluso dentro del propio establecimiento de su salud donde est3 hospitalizado.

La orientaci3n.

Otro aspecto importante dentro del apoyo social lo representa la orientaci3n al paciente con rabdomi3lisis en donde seg3n lo explica Torres, A (2000) “se incluye

todo aquello que el enfermo necesite y quiera saber con respecto a su problema y posibles soluciones” (p. 311. Por eso es importante que la enfermera que proporciona apoyo psicosocial al enfermo con rhabdomiólisis ofrecen orientaciones sobre las medidas de prevención, relacionadas con el ejercicio, sobre el tratamiento además sobre la existencia de grupos de apoyo.

Puede darse también que, es la forma por medio de la cual cada miembro tiene la oportunidad de sentirse necesitado y útil, representa un importante estímulo para seguir sintiendo en sí mismo la satisfacción de ayudar a los demás, en estos grupos las personas pueden convertirse en modelos de los demás integrantes, siendo esta actitud una herramienta de aprendizaje. Es importante que el profesional de enfermería, que proporciona cuidados a estos enfermos esté informado sobre los recursos de ayuda antes mencionados, por cuanto ellos constituyen elementos para satisfacer las necesidades psicosociales en el cuidado humano de estos enfermos.

Aspectos Físicos

Es normal que en el trayecto de la enfermedad el paciente comience a presentar cambios físicos más importantes y llamativos, que le originan una serie de síntomas que serán variables en número e intensidad a lo largo de los días.

Los pacientes con rabdomiólisis pueden presentar síntomas físicos y emocionales a la vez, algunos de ellos intensos, y es importante saber que la mayoría pueden ser controlados con una atención especializada, mejorando así la situación del enfermo y de su familia.

Es por ello, que es preciso saber identificarlas, ya que de ese modo se podrá dar al paciente con rabdomiólisis la atención específica que su estado requiere y el apoyo en cada momento durante su estadía hospitalaria, como lo son la movilización e inmovilización y el control del dolor.

Control del dolor.

En cuanto al dolor, Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000) sostienen que el profesional de enfermería pone en práctica sus funciones independiente y colaboradora. En general las medidas no invasivas pueden ser llevadas a cabo como una función independiente de enfermería puesto que la administración de analgésicos precisa una prescripción médica.

Lo mejor para el paciente con rabdomiólisis adolorido es una combinación de estrategias hasta que el paciente logre un alivio eficaz y con prontitud.

Se debe llevar una atención individualizada para los pacientes con dolor y establecer unas pautas clínicas citadas por Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000), entre las cuales están: establecer una relación paciente-enfermera, enseñar al paciente, aportar múltiples medidas de alivio del dolor antes de que este se convierta en severo y utilizar medidas del dolor que el paciente crea que son eficaces.

Se ha reconocido que los pacientes habitualmente son autoridades sobre su propio dolor, así pues Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000), explican que es importante:

- Considerar los deseos del paciente de ser un activo participante en el uso de las medidas para aliviar el dolor.

- Basar la elección de la medida de alivio del dolor en la conducta del paciente que refleja severidad del dolor.

- Si una medida de alivio es ineficaz animar al paciente a probarla una y dos veces mas antes de abandonarla.

- La ansiedad puede hacer que una medida de alivio eficaz y algunos planteamientos tales como estrategias de distracción, requieren práctica antes de ser eficaces.

- Mantener una actitud no predispuesta sobre lo que puede aliviar el dolor.

- Continuar probando. No ignorar al paciente porque el dolor persiste a pesar de las medidas. En estas circunstancias, revalorar el dolor y considerar otras medidas de alivio.

- Prevenir el dañar al cliente. La terapia del dolor no debería aumentar la molestia o el daño del paciente.

Otras estrategias o medidas específicas para el dolor son según Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000).

-Técnicas de distracción.

La distracción aparta el dolor de la atención de la persona y disminuye la percepción del dolor. En algunas ocasiones el paciente no se da cuenta del dolor, esta técnica es más eficaz cuando el dolor es leve o moderado éstas son:

- Respiración rítmica lenta. Instruir al paciente a que mire fijamente un objeto e inhale lentamente a través de la nariz mientras cuenta del 1 al 4 y entonces exhale lentamente a través de la boca mientras cuenta hasta 4 otra vez. Estimular al paciente a concentrarse en la sensación de respirar e imaginarse una escena de calma, continuar hasta que se establezca un patrón rítmico.

- Masaje y respiración rítmica lenta. Enseñar al paciente a respirar rítmicamente y a la vez darse masaje en la parte del cuerpo dolorida bien frotándose o con movimientos circulares.

- Cantar y dar palmadas rítmicamente. Decir al paciente que seleccione una canción que le guste y concentre su atención en las palabras y en el ritmo.

- Escuchar activamente. Tener al paciente escuchando la música y concentrarse en el ritmo llevando el compás con un dedo o con el pie.
- Imaginación dirigida. Decir al paciente que cierre sus ojos e imagine y describa algo agradable. Mientras el cliente describe la imagen preguntarle sobre lo que ve, suena y como huele lo imaginado, estimular al paciente a que cuente detalles.

Técnicas de relajación.

Usar esta técnica capacita al paciente para reducir la ansiedad que produce el dolor o el estrés, alivia el dolor de una contractura muscular, disocia a la persona del dolor obtiene unos beneficios máximos del reposo y los periodos del sueño intensifica la eficacia de otras terapias del dolor y alivia la desesperanza y la depresión asociada con el dolor.

Los tres requisitos para relajarse son: una postura correcta, una mente en reposo y un entorno tranquilo. Una técnica de relajación citada por Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000).

- El paciente hace una inspiración profunda y llena los pulmones de aire.

- El cliente sopla lentamente mientras el aire deja el cuerpo flácido y se concentra en la sensación de bienestar que siente.

- El paciente respira con un ritmo natural varias veces.

- El paciente hace otra respiración profunda y espira lentamente, esta vez dejando solamente las piernas y los pies relajados. La enfermera le pide al cliente que se concentre en notar como siente cada pierna.

- El paciente repite el punto 4 concentrándose en los brazos, el abdomen, la espalda y otros grupos musculares.

- Después que el paciente se ha relajado se le añade una respiración lenta y rítmica. Puede usarse una respiración abdominal o torácica.

- Debe realizarse con el uso habilidoso de la voz el lenguaje del cuerpo y la palabra oportuna.

-Técnica de imaginación dirigida.

Se incluye el uso de imágenes o fantasía para alcanzar las metas específicas relativas a la salud.

-Administración de medicamentos.

Al no resultar las estrategias del dolor por lo tanto en manejo del dolor se tiene los analgésicos estos son más eficaces cuando se dan antes de que el enfermo sufra un dolor severo. Debe estar indicado por el médico tratante.

Finalmente es importante destacar que en los pacientes con rabdomiólisis se observa con mucha frecuencia el uso de analgésicos para el manejo del dolor y no se aplican otras medidas como las antes mencionadas lo cual ayudaría en el manejo del dolor sin utilizar analgésicos a menos que el dolor sea severo y no se calme con las técnicas de manejo de dolor.

Movilización e inmovilización.

La capacidad de moverse libremente sin dificultad de forma rítmica y voluntaria

es un aspecto fundamental de la vida donde la movilidad es vital para la autonomía e independencia de la persona, por ende una persona que esté inmovilizada durante un periodo prolongado se enfrenta con una serie de problemas tanto físicos como psicológicos.

Según Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000), en cuanto a los problemas psicológicos por inmovilización se puede señalar: disminución de la motivación; disminución de la retentiva; disminución del apetito; disminución de los estímulos sensoriales; cambio de rol; desorientación temporal; cambio de la imagen corporal; puede darse apatía, abandono entre otras.

Para Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000) En este aspecto se tiene que la salud y el estado físico se puede definir en términos de capacidad de movimiento ya que el equilibrio mental y la eficacia de las funciones corporales dependen en gran medida del grado de movilidad. La capacidad de movimiento también influye en el autoestima y auto imagen, componentes esenciales del concepto que cada uno tiene de sí mismo. En el paciente con rabdomiólisis el autoestima depende del sentimiento de independencia y del hecho de saber que son útiles y necesarios para otras personas, así como ser útiles en su vida cotidiana.

Los problemas físicos debidos a la inmovilización pueden afectar incluso a los sistemas corporales que estaban sanos antes del periodo de inactividad ya que la movilidad ayuda a la perfusión de los tejidos y órganos. El ejercicio puede ser bueno para todas las partes del cuerpo, la inmovilidad puede afectar a todos sus órganos y sistemas.

Planificación y actuación relativas a la inmovilidad

Muchos de los riesgos de la inmovilidad se pueden prevenir planificando y cumpliendo las siguientes medidas:

-Ejercicio.

Es necesario que se cumpla un plan de ejercicio para prevenir problemas músculo-esqueléticos, cardio-vasculares, respiratorios y metabólicos para así evitar que la estadía del paciente hospitalizado se prolongue aún más de manera de reincorporarlo a su rutina y quehaceres diarios.

-Articulaciones y músculos.

El plan podría consistir en ejercicios pasivos o activos del grado de movimiento articular y actividades de auto cuidado (como comer, bañarse y vestirse) en la cantidad permitida por la situación del paciente.

Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000) explica que los ejercicios mantienen el tamaño y el tono del músculo, previenen la desmineralización del hueso, mantienen el grado de movimiento articular y promueven el retorno del flujo sanguíneo hacia el corazón, ejerciendo presión muscular sobre las venas.

-Ejercicios pasivos.

Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000) explica que como el paciente no contrae el músculo, los ejercicios pasivos de movilidad articular no son muy útiles para mantener la flexibilidad de las articulaciones. En este caso nos referimos al paciente con rabdomiólisis donde su capacidad de movimiento se ve limitada por lo cual los ejercicios adecuados son: Abducir y aducir la pierna; rotar la cadera interna y

externamente; flexionar dorsalmente el pie; Invertir y revertir el pie; flexionar plantarmente el pie y extender y flexionar los dedos; flexionar, rotar externamente y extender el brazo; abducir y rotar externamente el hombro; abducir el hombro; Rotar internamente y externamente el hombro; flexionar y extender el codo y Pronar y supinar el antebrazo.

-Ejercicios activos.

Igualmente Kozier, B; Erb, G y Blais, K (2000) hacen referencia a que son ejercicios isotónicos en el que el paciente mueve las distintas articulaciones estirando al máximo todos los grupos musculares que actúan en cada plano de las articulaciones. El paciente con rabdomiólisis que se encuentran en el servicio de nefrología, realiza ejercicios activos donde se ayuda a mover con el brazo o pierna más fuerte simplemente para bañarse, caminar o comer.

SISTEMA DE VARIABLES

Variable: Cuidados de enfermería a pacientes con Rabdomiólisis inducida por el ejercicio.

Definición conceptual: El cuidado es la esencia y el dominio central, unificante y dominante que caracteriza a la enfermería: el cuidado es una necesidad esencial humana para el total desarrollo, mantenimiento de la salud y supervivencia de los seres humanos...M. Leininger (2000).

Definición operacional: Practicas de actividades ejecutadas por el profesional de enfermería al paciente con rabdomiólisis para el mantenimiento del estado de su salud.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable: Cuidados de enfermería dirigidos a los pacientes con Rabdomiólisis inducida por el ejercicio

Definición operacional: practicas de actividades ejecutadas por el profesional de enfermería al paciente con rabdomiólisis para el mantenimiento del estado de su salud.

DIMENSIÓN	INDICADORES	SUBINDICADORES	ITEMS
<p>Asistencial: Son las acciones directas realizadas por enfermería para el cuidado del paciente con rabdomiólisis inducida por el ejercicio, referido a los aspectos psicosociales y físicos.</p>	<p>Aspectos psicosociales: Son las acciones que realiza enfermería para mantener el equilibrio mental y social del paciente con rabdomiólisis inducida por el ejercicio referido a la ansiedad, comunicación, socialización y orientación.</p> <p>Aspectos físicos: Son las acciones de enfermería para mantener la integridad física del paciente con rabdomiólisis inducida por el ejercicio relacionado a evitar o disminuir el dolor y movilización.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ansiedad - Comunicación. - Socialización - Orientación. - Control del dolor. - Movilización. 	<p>1-2</p> <p>3-4</p> <p>5-6</p> <p>7-8</p> <p>9-10</p> <p>11-12</p>

CAPITULO III

MARCO METODOLOGICO

Tipo de Investigación.

De acuerdo con los objetivos planteados la investigación será de tipo descriptivo, según Hurtado, J. (2000) refiere: “tiene como objetivo central lograr la descripción o caracterización del evento de estudio dentro de un contexto particular”. (p. 229). Por lo cual se plantearon dos (2) objetivos específicos que identificaran el cuidado asistencial en referencia a los aspectos psicosociales y físicos de los pacientes que padecen la enfermedad de rabdomilolisis.

Diseño de la investigación.

El diseño de la investigación será de campo al respecto Hurtado, J. (2000) lo define “se denominan así las investigaciones cuyo propósito es describir un evento obteniendo los datos de fuentes vivas o directas, en su ambiente natural es decir, en el contexto habitual al cual ellos pertenecen, sin introducir modificaciones de ningún tipo en dicho contexto”. (p.236)

La investigación se orienta hacia la investigación aplicada ya que permitió conocer los Cuidados Aplicados por los Profesionales de Enfermería a Pacientes con Rabdomiólisis.

Para este trabajo se seleccionó la investigación de campo ya que permite estudiar los fenómenos sociales en su ambiente natural, es ubicada dentro del ambiente hospitalario del servicio de nefrología del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo". Caracas.

Población y Muestra.

La población es el universo en estudio, en esta investigación la población fue las enfermeras de la Unidad de Nefrología del Hospital Militar "Dr. Carlos Arvelo" de Caracas, que se encuentran distribuidos de la siguiente manera: 30 enfermeros de atención directa, 15 profesionales quienes constituyen el personal fijo de los diferentes turnos de trabajo (mañana, tarde, noche y noche) de la unidad clínica.

Por lo cual se seleccionó al grupo de profesionales de enfermería que se encontraban encargados de los pacientes con rabdomiólisis, este tipo de muestra lo

identifica Ferrer M (2000) “como aquella muestra que es escogida por los investigadores de forma intencional ya que responde a unos criterios particulares” (p.89)

En función de la población expuesta y tomando en consideración la cita anterior, se puede determinar la muestra tal como se presenta en el cuadro 3, donde según el autor citado de la población general por cada estrato, se tomara el 50% de cada uno de ellos para conformar la muestra y la cual se presenta a continuación.

Cuadro 3

Muestra Estratificada objeto de investigación

Estratos	Población	% Afijación	Muestra.
Enfermeras	30	50	15
Pacientes	15	50	15
Total	45	100%	30

Fuente: Yañez (2001)

Técnica e Instrumentos de Recolección de Datos.

De acuerdo a la problemática planteada se utilizó como método de recolección de datos la observación y la encuesta.

El método la observación es explicado por Ferrer (1999) como: “Es el procedimiento científico a través del cual se vigila la naturaleza, al hombre, a la sociedad, etc., tal como se nos presentan en orden de conocerlos mejor”. (p. 104)

Para este método se utilizó como instrumento de recolección de datos una guía de Observación. Se diseño una guía de observación con el propósito de medir la variable considerada en el estudio. La guía de observación fue elaborada con ítems dicotómicos (SI/NO) de acuerdo a los Sub.Indicadores establecidos en la operacionalización de la variable. (Anexo A) Para la aplicación del mismo se realizaron observaciones a los elementos muestrales en 3 oportunidades cada uno, totalizando las frecuencias y representado por un valor porcentual

En cuanto a la Encuesta, esta es definida por Canales, Alvarado y Pineda (1998) como: “Este método consiste en obtener información de los sujetos de estudio, proporcionada por ellos mismos, sobre opiniones, actitudes o sugerencias. Hay dos

maneras de obtener información con este método: la entrevista y el cuestionario” (p. 163).

Para este método se escogió la entrevista es explicado por Canales, Alvarado y Pineda (1994): “Es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto” (p. 163).

Se selecciono la Entrevista considerando las características de la muestra en cuanto las condiciones de salud y dificultad para el movimiento entre otras, la entrevista permitirá explicar el propósito del estudio, aclarar términos y obtener una mayor información.

El tipo de Entrevista utilizada fue la estructurada que es explicada por Canales, Alvarado y Pineda (1998) como: ...”se caracteriza por estar rígidamente estandarizada; se plantean idénticas preguntas y en el mismo orden a cada uno de los participantes, quienes deben escoger la respuesta entre 2, 3 o más alternativas que se les ofrecen” (p. 163).

En este sentido se diseñó un Guión de Entrevista como instrumento de recolección de datos, la cual contará con Items de respuestas dicotómica, en las que el entrevistado debe escoger una sola (si ó no). Ver anexo B.

Validez de los Instrumentos.

De acuerdo con Sabino (2004) la validez “indica la capacidad de la escala para medir las cualidades para las cuales ha sido construida y no otras parecidas” (p. 136).

Así mismo Sánchez y Aranguren (2004), indica que la validez es “el grado con el cual un instrumento examina o contiene o es representativo de los distintos aspectos o conductas que pretende evaluar (p.116)

En tal sentido, el juicio de expertos fue la herramienta utilizada para validar los instrumentos de esta investigación, para lo cual se seleccionaron cinco expertos en investigación y Enfermeras (os) que asistan a pacientes que presenten esta enfermedad Rabdomiólisis, para evaluar los instrumentos en función de su pertinencia, coherencia y redacción de los ítems presentados, a fin de que sus recomendaciones oriente el diseño de la versión final de cada instrumento.

De esta manera dichos expertos recomendaran especificar los actores en las preguntas, redactar afirmativamente, cambiar vocablos y eliminar las preguntas repetidas, todo lo cual significa que los instrumentos sean validos para la investigación y estén certificados por los validadores.

Técnicas de Análisis.

Luego de la recolección de información, se elaboró una matriz de tabulación para registrar la frecuencia de cada ítem del instrumento, de acuerdo al número de los usuarios consultados, para expresar los resultados en términos de porcentajes y su posterior representación gráfica.

Partiendo de los resultados tabulados se realizó un análisis cuantitativo, trabajando las frecuencias y porcentajes, por último su interpretación.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez aplicado los instrumentos a la población en estudio, se procedió al conteo manual para luego tabular los datos de cada ítems del instrumento, se hicieron los siguientes análisis de acuerdo a sus dimensiones, indicadores y sub-indicadores estos datos fueron presentado a través de cuadros y barras.

A través de los resultados obtenidos se utilizó el análisis explicativo-descriptivo, fundamentado en el procedimiento estadístico tipo porcentual, el cual permite emitir juicios valorativos, en relación a los objetivos investigados.

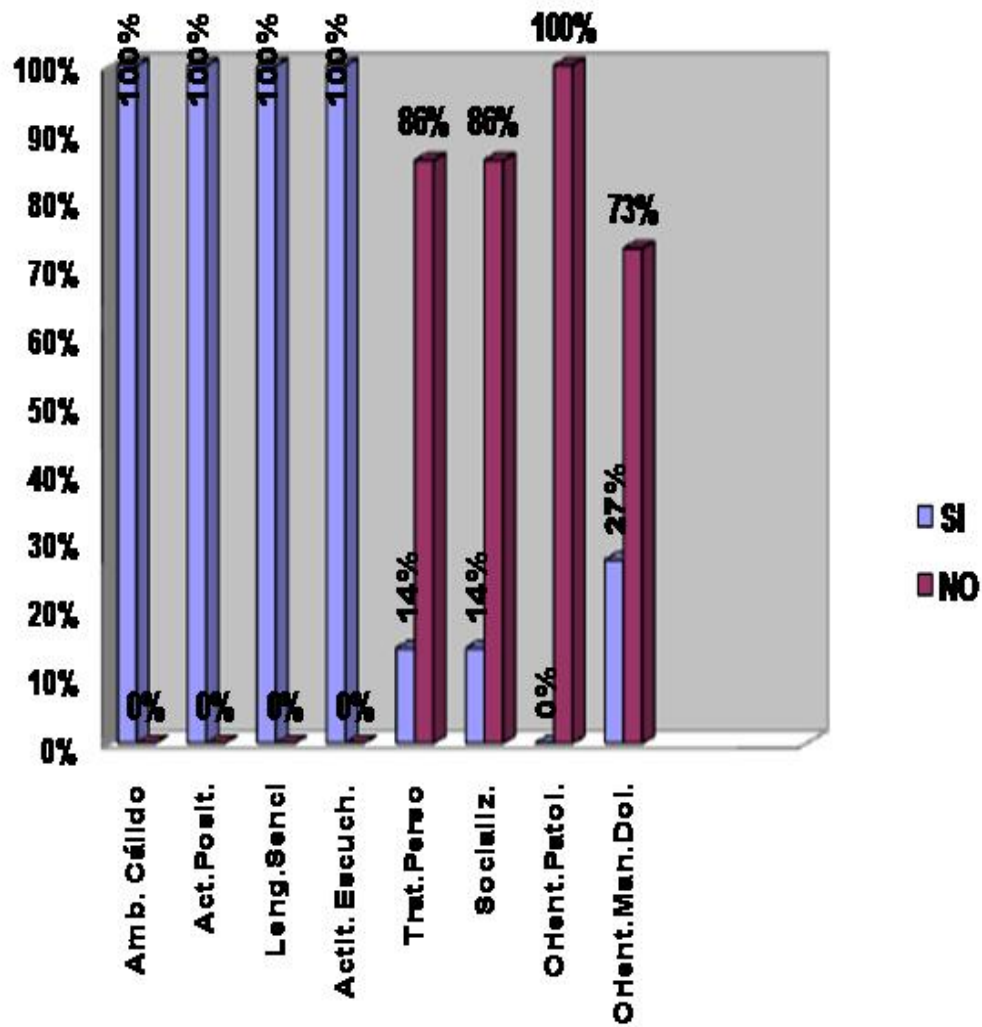
CUADRO N° 1 Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentuales de las observaciones realizadas a enfermería durante los cuidados a los pacientes con rabdomiólisis. En relación a los aspectos psicosociales.

Cuidados de Enfermería	Si		No		Total	
		%		%		
Aspectos Psicosociales	Fa		Fa		Fa	%
1. Ambiente Cálido.	15	100%	0	0%	15	100%
2. Actitud Positiva.	15	100%	0	0%	15	100%
3. Lenguaje Sencillo.	15	100%	0	0%	15	100%
4. Actitud de escucha.	15	100%	0	0%	15	100%
5. Trato Personalizado.	2	14%	13	86%	15	100%
6. Socialización.	2	14%	13	86%	15	100%
7. Orientación sobre la Patol.	0	0%	15	100%	15	100%
8. Orientación sobre Manejo del dolor.	4	27%	11	73%	15	100%

FUENTE: Instrumento Aplicado.

En relación a los cuidados de enfermería en los aspectos psicosociales en los ítems del 1 al 4 de los quince (15) miembros del equipo de enfermería observados el 100% demostraron que SI realizan actividades que permiten manejar la ansiedad y mantener la comunicación con el enfermo con rabiomiólisis.

En relación a los ítems 5 al 8 referente a la socialización y orientación un 86% del personal NO ejecuta cuidados referidos a la socialización de los pacientes mientras que más del 70% NO lo hace en relación a la orientación del paciente durante su hospitalización.



Fuente: Cuadro 1

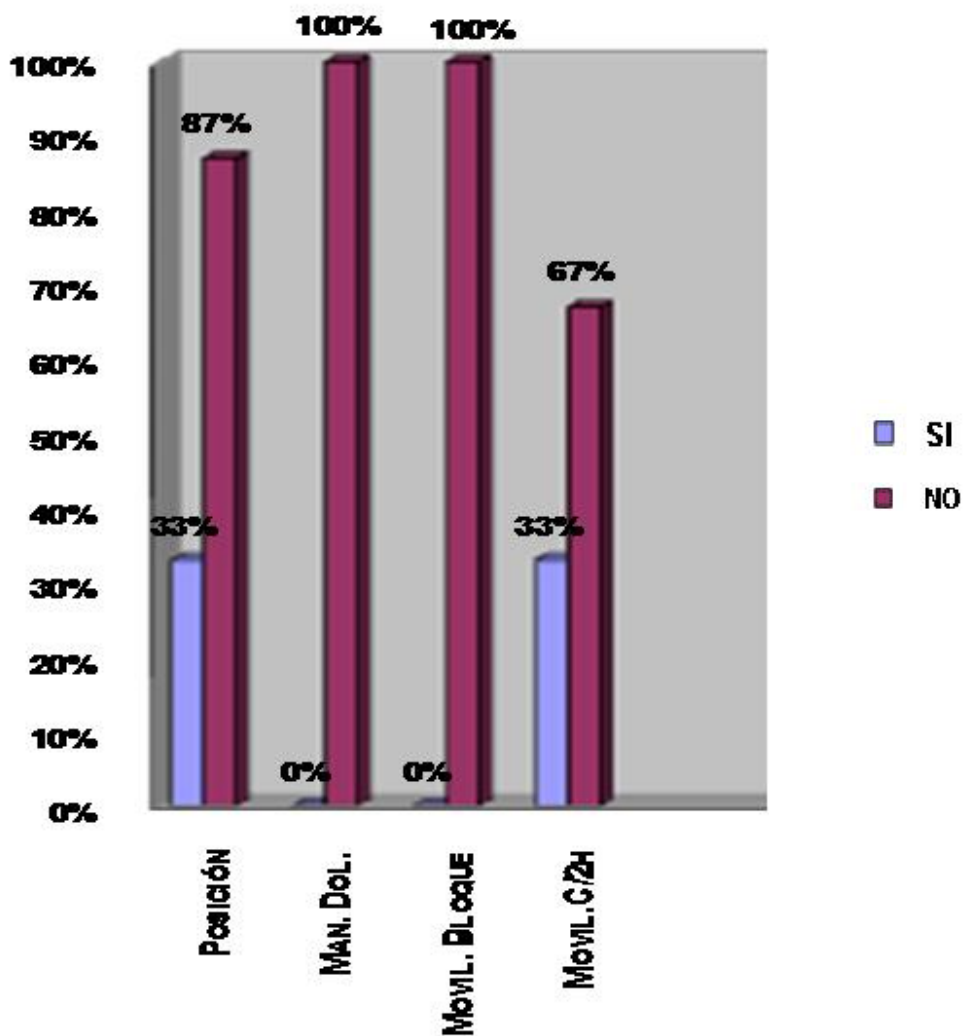
GRÁFICO N° 1 Distribución Porcentual de las observaciones realizadas a los miembros del equipo de enfermería durante los cuidados a los pacientes con rabdomiólisis.

CUADRO N° 2 Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentual de las observaciones realizadas a los miembros del equipo de enfermería durante los cuidados a los pacientes con rabdomiólisis.

Cuidados de Enfermería	Si		No		Total	
	Fa	%	Fa	%	Pac	%
9. Posición	5	33%	10	67%	20	100%
10. Manejo Dolor	0	0%	15	100%	20	100%
11. Movilización en Bloque	0	0%	15	100%	20	100%
12. Movilización C/2 horas	5	33%	10	67%	20	100%

FUENTE: Instrumento Aplicado.

En cuanto a los ítems 9 al 12, referido a los cuidados de enfermería en cuantos a los aspectos físicos del pacientes donde se incluye el manejo del dolor y la movilización más de 60% de la observaciones pudieron demostrar que NO existe ejecución de acciones de enfermería hacia la satisfacción de estas necesidades.



Fuente: Cuadro 2

GRÁFICO N° 2 Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentual de las observaciones realizadas a los miembros del equipo de enfermería durante los cuidados a los pacientes con rabdomiólisis.

CUADRO N° 3 Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentual de las respuestas dadas por los pacientes referidas a los cuidados de enfermería en el aspecto psicosocial.

Cuidados de Enfermería	Si		No		Total	
		%		%		
Aspectos Psicosociales	Fa		Fa		Fa	%
1. Ambiente Cálido	13	86%	02	14%	15	100%
2. Actitud Positiva	13	86%	02	14%	15	100%
3. Lenguaje Sencillo	15	100%	0	0%	15	100%
4. Actitud de escucha	15	100%	0	0%	15	100%
5. Trato Personalizado	2	14%	13	86%	15	100%
6. Socialización	2	14%	13	86%	15	100%
7. Orientación sobre la Patol.	0	0%	15	100%	15	100%
8. Orientación sobre Manejo del dolor	4	27%	11	73%	15	100%

FUENTE: Instrumento Aplicado.

En relación a las respuestas expresadas por los pacientes sobre los cuidados de enfermería en los aspectos psicológicos en los ítems del 1 al 3 demostró estadísticamente que los miembros del equipo de enfermería SI realizan actividades que permiten manejar la ansiedad y la comunicación de dichos enfermos, con un mínimo porcentaje (2%) de los pacientes no lo identificó.

Sin embargo en lo referente a los ítems 5 al 8 referente a la socialización y orientación los pacientes respondieron que el personal de enfermería NO ejecutan dichas actividades que les permitan socializarse y estar orientados sobre su problemática.

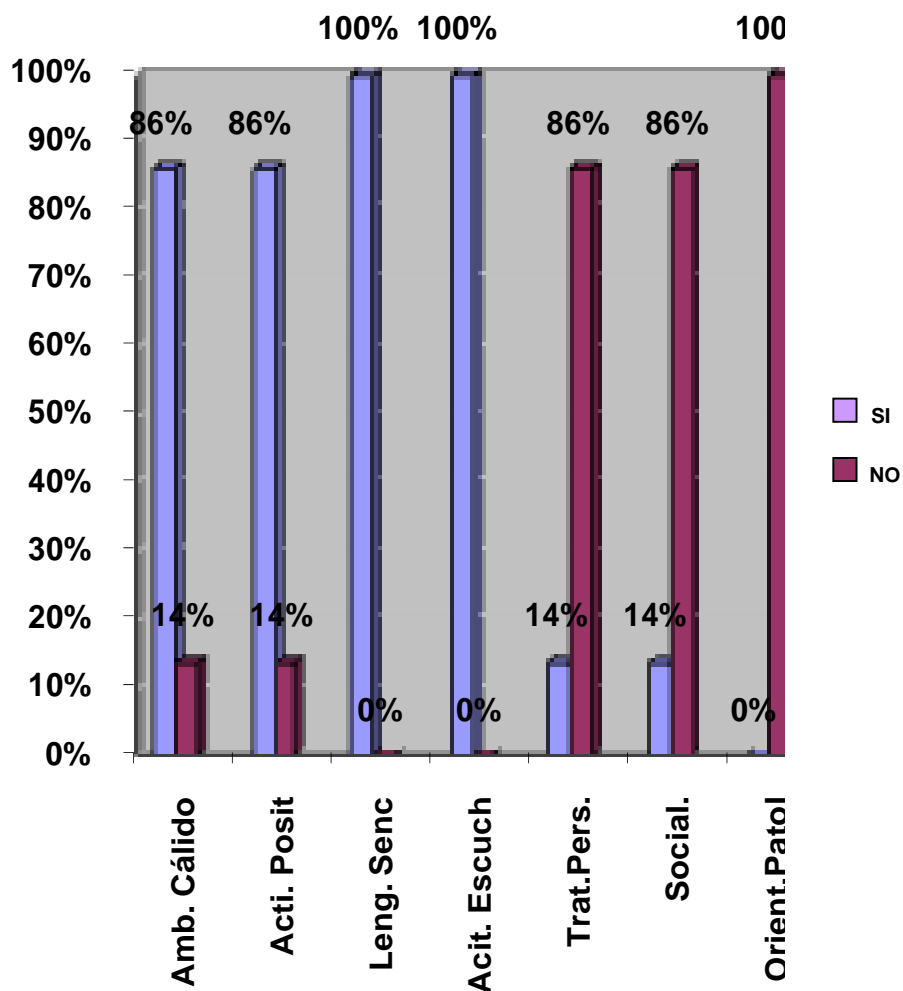


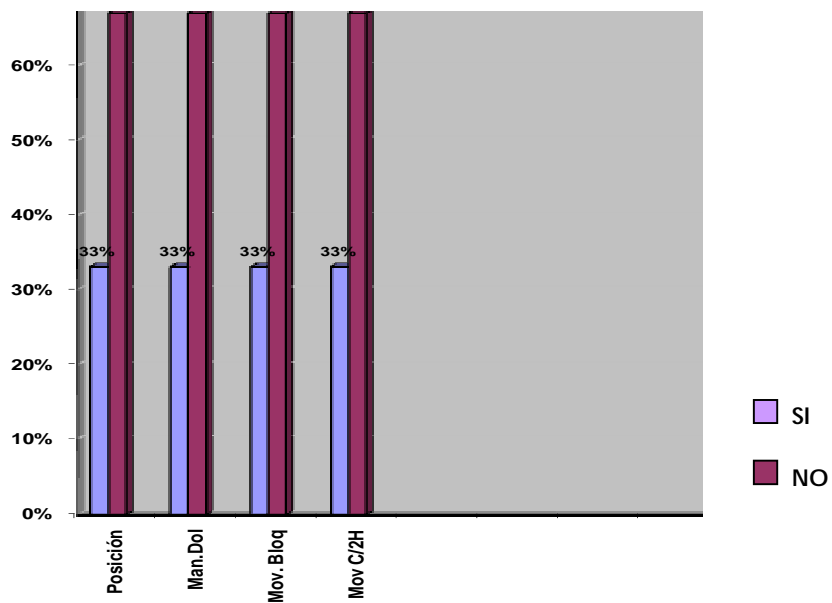
GRÁFICO N° 3 Distribución Porcentual de las respuestas brindadas por los pacientes referidas a los cuidados de enfermería en relación al aspecto psicosocial.

CUADRO N° 4 Distribución de Frecuencias Absolutas y Porcentual de las respuestas dadas por los pacientes referidas a los cuidados de enfermería en relación al aspecto físico.

Cuidados de Enfermería	Si		No		Total	
	Fa	%	Fa	%	Pac	%
9. Posición	5	33%	10	67%	15	100%
10. Manejo Dolor	5	33%	10	67%	15	100%
11. Movilización en Bloque	5	33%	10	67%	15	100%
12. Movilización C/2 horas	5	33%	10	67%	15	100%

FUENTE: Instrumento Aplicado.

En relación a los ítems 9 al 12, referido a los cuidados de enfermería en cuanto a los aspectos físicos que incluye el manejo del dolor y la movilización, el 67% de los pacientes respondieron que NO existe ejecución de acciones de enfermería hacia la satisfacción de estas necesidades. Solo el 33% de los pacientes respondieron que SI, el personal de enfermería ejecutaba las acciones en el aspecto físico.



Fuente: Cuadro 4

GRÁFICO N° 4 Distribución Porcentual de las respuestas brindadas por los pacientes referidas a los cuidados de enfermería en relación al aspecto psicosocial.

Los resultados anteriormente presentados plantean elementos de discrepancia entre los cuidados brindados y lo que refiere el paciente, siendo esto evidente en los aspectos: Psicosocial en relación al proporcionar un ambiente cálido y una actitud positiva ante un enfermo con rabdomiólisis donde se observó que enfermería ejecuta las acciones pero el paciente no lo percibe, capta o se da por enterado de este cuidado situación evidenciada en un 14%. En el aspecto físico, la situación que fue observada pero no fue descrita por el paciente fue la ubicación y colocación en una posición específica y la movilización en bloque donde si se observaron las acciones pero no fueron reportadas por el paciente en un 67%.

Otras de las situaciones encontradas en el aspecto físico en referencia al control del dolor y movilización del paciente con rabdomiólisis donde se observó que en un 100% no se realizaron cuidados de enfermería pero el paciente reportó en algunos casos un 33% que si se realizaban estos cuidados físicos, donde se podría inferir que existen aspectos de comunicación que mejora la percepción del cuidado en el paciente con rabdomiólisis.

CAPITULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

Según los resultados de la investigación sobre los cuidados de enfermería a pacientes con rabdomiólisis se concluye que:

En los cuidados de enfermería con relación a los aspectos psicológicos, se evidencia, que la mayoría de los miembros del equipo de enfermería no brindan cuidados que permitan resolver los problemas psicológicos en relación al manejo de la ansiedad, la comunicación, la socialización y la orientación en los enfermos con rabdomiólisis.

En cuanto a los cuidados de enfermería ofrecidos en relación a los aspectos físicos donde se incluye el manejo del dolor y la movilización, se obtuvo como resultado que

casi la totalidad de los miembros del equipo de enfermería no brindan cuidados a las personas con rabdomiólisis que les permita satisfacer las necesidades de bienestar físico o alivio del dolor y la movilización física.

Para concluir finalmente se puede señalar que existe deficiencia de información acerca de los cuidados de enfermería a pacientes con rabdomiólisis atendidos en el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

Recomendaciones

Dadas las conclusiones anteriores se proponen las siguientes recomendaciones:

- Presentar los resultados de la investigación a las autoridades del Hospital, a profesionales de enfermería para que se integren en forma permanente en la ejecución de cuidados seguros y oportunos a pacientes con rabdomiólisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”, con el fin de que se tomen en cuenta en la planificación educativa para solventar la situación encontrada.

- Proporcionar jornadas de reflexión con las autoridades del servicio y personal que labora para intervenir en la solución de los factores que pueden estar determinando los resultados obtenidos.
- Implementar programas de educación permanente en servicio para lograr la actualización de los profesionales de enfermería en cuanto a los cuidados a pacientes con rabdomiólisis en el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICA

Andrade, L (2000) **Fisiopatología médica**. Primera edición. Editorial interamericana. México.

Archer, M (1990) **Administración de Enfermería**. Editorial interamericana. España, Barcelona.

Canales, Alvarado y Pineda (1998) **Metodología de la Investigación**. México. Editorial LimUsa.

Centro Andaluz de Fármaco vigilancia (2001), **informe anual**.

Civetta, J y Taylor, R. (1997)**Critical Care**. Tercera edición. Publicaciones Lippincott-Raven. Estados Unidos.

Cook, A; Smith, I y Leonel, H (2005) **Enfermería Médica** Séptima edición. Interamericana Mc Graw-Hill- México.

Du Gas (2000) **Tratado de Enfermería Básica**. Editorial McGraw-Hill. Séptima edición.

Durhan, J y Cohen, F (1999) **Enfermería Médico Quirúrgico**. Séptima edición volumen 2. Interamericana Mc Graw-Hill- México.

Ferrer M (2000) **Metodología de la Investigación**. México. Editorial Mundo Nuevo.

Hamdan, G. (2004) “**Prevención de la insuficiencia renal en pacientes con rabdomiólisis**” trabajo de investigación.

Hernández, O; Dren, O y González, E (2000), “**Aptitud de servicio al ser humano, persona, familia y grupo comunitario**” trabajo de investigación

Hurtado, J. (2000) **Metodología de la Investigación Holística**. Caracas Venezuela. SYPAL.

Iyer P. (1998), **Proceso y Diagnóstico de Enfermería**. 3º edición. Mc. Graw- Hill. A.V. Interamericana.

Kozier, Erb y Olivieri, (2000), **Enfermera Fundamental, Concepto, Proceso y Práctica**. Editorial Interamericana. Mc Graw-Hill.

Li3n, B, Adab, M; Garc3a, M y Nieto, J (2000) **Enfermer3a Practica**. Primera edici3n. Interamericana Mc Graw-Hill- M3xico.

Marcano, J. Marcano, S. Paredes, M. S3nchez R. (1999) **“Norma de proceso para la atenci3n de pacientes que presentan golpe de calor (una propuesta)”** Trabajo de investigaci3n

Morris, M (2000) **Enfermer3a Practica**. Octava edici3n. Interamericana Mc Graw-Hill- M3xico.

Parada, M (1998) **Relación de ayuda.** Mimeografía

Pastor, G y León, J (2000) **Enfermería.** Primera edición. Interamericana Mc Graw-Hill- México.

Pérez, M. (2001) **“Rabdomiólisis inducida por el ejercicio”** Hospital La Paz, Madrid. Trabajo de Investigación.

Potter, P y Griffin, A (1999) **Proceso y Diagnóstico de Enfermería.** 3º edición. Mc. Graw- Hill. A.V. Interamericana.

Puppa, D. (2005) **Enfermería Médico Quirúrgico.** Primera edición. Interamericana Mc Graw-Hill- México.

Rovira y Latorre (1991) **Enfermería Psiquiátrica.** 2º edición. Mc. Graw- Hill. A.V. Interamericana.

Sabino (2004) **Metodología de la Investigación**. México. Editorial Limusa.

Sinert M (2005) **Enfermería Médico Quirúrgico**. Segunda edición volumen 2.
Interamericana Mc Graw-Hill- México.

Tamieson E. y Sembral, M (1999) **Enfermería Psiquiátrica**. 3º edición. Mc. Graw-
Hill. A.V. Interamericana.

Torres, A (2000) **Enfermería Psiquiátrica**. 2º edición. Mc. Graw- Hill. A.V.
Interamericana.

Tovar y Raile (2003) **Teoría de Enfermería**. 3º edición. Mc. Graw- Hill. A.V.
Interamericana.

Vásquez, W (1998) **Enfermería Práctica**. 2º edición. Mc. Graw- Hill. A.V.
Interamericana.

Watson J. (2000). **Enfermería Administración de Servicios de Enfermería**.
Barcelona- España. Ediciones Científicas y Técnicas. S.A. ediciones Massot Salvat.

ANEXO

A

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE ENFERMERIA.

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE CUIDADOS QUE REALIZA
ENFERMERIA SOBRE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LOS
PACIENTES CON RABDOMIOLISIS INDUCIDA POR EL EJERCICIO EN EL
SERVICIO D ENEFROLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS
ARVELO”.

Tutor:

Lic. Susana Maruri.

Autoras:

Luz Martínez.

Eglys pulido.

Luisa Ramírez.

Caracas, Agosto 2008.

Presentación

La presente guía de observación realizada por los investigadores está dirigida a las enfermeras (os) que laboran e el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y que tienen la responsabilidad de los cuidados de los pacientes con rabdomiólisis inducida por el ejercicio.

Dicha información es importante para realizar el Trabajo Especial de Grado.

INSTRUCCIONES PARA LA GUIA DE OBSERVACIÓN

- Se observa detenidamente y de manera objetiva la situación a registrar.
- Las observaciones se hacen en el tiempo necesario para ello.
- Se registra la situación requerida en este instrumento de observación.
- Se marca con una (x) la alternativa que refleja lo observado.
- Cada observación se registra basados por criterios de SI ó NO.

ANEXO

B

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA.
FACULTAD DE MEDICINA.
ESCUELA DE ENFERMERIA.

INSTRUMENTO PARA MEDIR LA VARIABLE CUIDADOS QUE REALIZA
ENFERMERIA SOBRE LOS ASPECTOS PSICOSOCIALES DE LOS
PACIENTES CON RABDOMIOLISIS INDUCIDA POR EL EJERCICIO EN EL
SERVICIO D ENEFROLOGIA DEL HOSPITAL MILITAR “DR. CARLOS
ARVELO”.

Tutor:

Lic. Susana Maruri.

Autoras:

Luz Martínez.

Eglys pulido.

Luisa Ramírez.

Caracas, Agosto 2008.

Presentación

La presente guía de observación realizada por los investigadores está dirigida a las enfermeras (os) que laboran e el Servicio de Nefrología del Hospital Militar “Dr. Carlos Arvelo” y que tienen la responsabilidad de los cuidados de los pacientes con rabdomiólisis inducida por el ejercicio.

Dicha información es importante para realizar el Trabajo Especial de Grado.

INSTRUCCIONES

- Lea detenidamente cada interrogante.
- Se marca con una (x) la alternativa que refleja su respuesta.
- Cada respuesta se registra basados por criterios SI o NO.

CUESTIONARIO	SI	NO
Durante el cuidado que le ofrece enfermería usted considera que la enfermera (O)		
1. Le proporciona un ambiente cálido que denote seguridad.		
2. Mantiene una actitud positiva frente su situación de salud.		
3. Utiliza lenguaje oral sencillo durante la comunicación con usted.		
4. Mantiene actitud de escucha atenta cuando se comunica con usted.		
5. Mantiene trato personalizado para con usted.		
6. Promueve las relaciones interpersonales entre usted y otros pacientes.		
7. Le orienta en relación a su enfermedad.		
8. Le orienta en relación a terapia no farmacológica para el manejo del dolor.		
9. Lo coloca en posición cómoda para alivio del dolor.		
10. Le motiva al manejo del dolor con terapia no farmacológica.		
11. Lo moviliza en cama evitando movimientos innecesarios.		
12. Lo moviliza cada dos horas cuidando su integridad.		