

Cuidado de enfermería al paciente con dolor

Nursing care to the patient in pain

Martha Adíela Lopera Betancur*

Resumen:

Todas las personas tienen derecho a no tener dolor y la obligación de los profesionales de la salud es atender a quien lo siente como un ser integral, lo cual implica ser conscientes que la causa del dolor puede estar más allá de lo físico, por lo tanto, la manera de cuidar el paciente debe trascender la aplicación de analgésicos y comprometerse más con la compasión y el trabajo en equipo incluyendo el paciente y la familia. El objetivo de esta revisión es hacer un repaso por algunos conceptos acerca del dolor y hacer un análisis en lo que se refiere al cuidado de la persona que lo sufre. La metodología utilizada fue revisión documental en bases de datos, en revistas indexadas y en guías de manejo que han sido publicadas. Los temas que se incluyen son: arco reflejo del dolor, clasificación, valoración y control del dolor. Además de estos, se presentan algunas teorías de enfermería que hacen un abordaje del cuidado a la persona con dolor. Conclusiones: El cuidado de la persona con dolor se hace de manera interdisciplinaria para que sea efectivo, en este equipo se debe tener en cuenta la persona en la planeación de los cuidados.

Palabras Claves:

Dolor, Arco reflejo, cuidado, analgésicos, fisiológico

Abstract

Everyone has the right to not be in pain and a health care professional's obligation is to attend this person as an integral being. This implies that we need to be conscious of the fact that the cause of the pain could be more than physical,

meaning; the form of patient care should transcend just the administration of painkillers and more to the commitment to compassion and teamwork including the patient and their family. The objective of this revision is to go over some concepts on pain and to conduct an analysis on what is referred to when we talk about care to a person in pain. The methodology used was a review of documents on the data bases, in indexed periodicals and in health care guides which have been published. The topics included are: pain reflex arc, classification, assessment and pain control. Additional to this some nursing theories will be presented which take on a medical approach to the care of patients in pain. Conclusions: the care of a person in pain is to be conducted in an interdisciplinary manner so that it will be effective, the person must be taken into account when planning this medical care.

Key Words:

Pain, Reflex Arc, care, painkillers, physiological

Introducción:

El cuidado de las personas con dolor implica además de las técnicas farmacológicas, la puesta en práctica de un patrón de cuidado ético, en el cual la persona sienta que la enfermera se preocupa por su situación, para esto es necesario que ellas no solamente conozcan los mecanismos fisiológicos del dolor y la farmacología de los analgésicos, sino también tratar al otro con compasión y respeto. Las enfermeras al cuidar a una persona con dolor comúnmente sienten gran impotencia y frustración, ante lo cual pueden optar por protegerse frente a este sufrimiento

y desaparecer, infortunadamente el arte del cuidado se ha olvidado y ha sido reemplazado por el afán de aliviar valiéndose únicamente de la tecnología destinada a mitigar el dolor del paciente.

La relación interpersonal es fundamentalmente la transmisión de afecto y respeto, no es la información, el saludo y las acciones de cuidado y ésta no debe darse como un proceso frío, mecánico y carente de intencionalidad. Las intervenciones de enfermería permiten establecer relaciones de afecto, confianza y seguridad, que le hacen posible al paciente afrontar la crisis del momento.

El dolor es una experiencia desagradable con un componente emocional y otro sensorial, sea este actual, potencial o definido en términos del daño. Por esto es definida como una experiencia total e individual porque cada persona responde al dolor de manera diferente. Es comprensible que los cuidadores experimenten una serie de sentimientos ante el dolor propio y de las personas que cuidan, algunos son incertidumbre, desespero, desesperanza, rabia, depresión o ansiedad, pero también relatan compasión y deseos de ayudar al otro, es este último aspecto el que debe ser rescatado para plantear el cuidado de enfermería, por supuesto que es natural que estos sentimientos se presenten debido a que todos somos conscientes que un dolor agudo es una manifestación de que algo no está bien, por lo tanto es tomado como un llamado de atención.

1. Arco reflejo del dolor

Las áreas receptoras para el tacto, la presión, temperatura y el dolor son las mismas de la circunvolución parietal ascendente del lóbulo parietal.

En las vías para estas sensaciones, están involucradas neuronas que ascienden a la médula espinal en los fascículos espinotálamicos. Las fibras nerviosas sensitivas entran a la médula espinal a través de las raíces dorsales y después hacen conexiones sinápticas con neuronas que dan origen a los fascículos espinotálamicos

laterales (transmiten dolor y temperatura) y ventrales (transmiten tacto grueso y presión), que se descruzan antes de llegar al tálamo, allí hacen sinapsis con neuronas que llevan el impulso a la corteza somestésica.

Los estímulos dolorosos se reciben en las terminales nerviosas desnudas y son llevados a través de fibras delta A mielinizadas (dolor localizado, rápido y preciso) y fibras no mielinizadas C (dolor difuso, lento, ardoroso). Es distinto el dolor dependiendo del tipo de tejido. El sistema digestivo produce dolor por distensión, espasmo del músculo liso e irritación química de una lesión de mucosa. La reducción del aporte sanguíneo en el músculo puede causar dolor como en el caso del músculo cardíaco con la isquemia.

1. Clasificación del dolor:

Se puede hacer clasificación de acuerdo con el origen, la intensidad, la duración, la conducción o la ubicación que el dolor tenga.

El dolor causado por los procedimientos de enfermería es una categoría que recientemente está siendo descrita, por lo tanto se menciona en un lugar fuera de la clasificación. Sin embargo ante las repercusiones que tiene en la persona es necesario intentar prevenir el dolor ante los procedimientos, explicarlos y abogar para evitar el dolor innecesario. Este tipo de dolor tiene como características que la persona además de sentir el dolor, siente la dolorosidad del dolor, que se da por la sensación de pérdida de control de su cuerpo, por entregarlo a otros y por la sensación de tener un cuerpo que está lesionado. Frente a este dolor existen dos tipos de profesionales que lo abordan de maneras diferentes: los que tratan el cuerpo como un objeto con distanciamiento y desapego, y los que consideran al paciente como una persona con necesidades y con el cual se puede formar un consorcio terapéutico. En resumen la autora describe que este dolor se presenta cuando la persona se siente no tenida en cuenta como ser humano, ante una necesidad como es la de no sentir dolor.

*Enfermera, magister en enfermería, especialista en docencia universitaria.
Correo electrónico: adielal@tone.udea.edu.co Tel 2196350

2.1 Clasificación según el origen del dolor:

Espiritual: al igual que el físico es una señal que algo no anda bien.

Físico: puede ser nociocectivo o neuropático

Nocioceptivo: este resulta de activación de nociocceptores que transmiten impulsos por fibras aferentes, este puede ser: somático, visceral, parietal o referido

Somático bien localizado, atribuido a estructuras anatómicas específicas

Visceral: es difuso, mal localizado, acompañado de respuestas autonómicas, el dolor referido se da cuando el dolor es originado en una víscera, suele ser referido a alguna otra zona cutánea o estructura superficial o profunda cuyos nervios sensitivos terminen en el mismo segmento medular que las fibras aferentes de las vísceras afectadas.

El dolor parietal es el dolor proveniente de la víscera que puede diseminarse a la pared parietal del peritoneo, la pleura, el pericardio, cada uno de los cuales está inervado por nervios espinales. Es agudo localizado directamente en el órgano afectado.

Neuropático: es el que resulta de una lesión directa sobre los nervios, es quemante y lacerante.

Dolor psicológico: Se presenta en personas predispuestas con reacciones exageradas a mínimos estímulos, hay amplificación involuntaria de los estímulos.

2.2. Clasificación según la duración del dolor:

Dolor agudo: Su objetivo es proteger estructuras al limitarles el movimiento. Es limitado en el tiempo, tiene respuesta autonómica, genera ansiedad.

Dolor crónico: Por el tiempo hay adaptación de la persona y por esto no hay respuesta autonómica, pero sí puede tener alteraciones síquicas, no cumple una función sino que hace parte de una enfermedad. Genera sentimientos de

impotencia, desesperación, absurdidad. Puede ser crónico maligno o crónico no maligno. El tiempo es muy arbitrario y dependerá más bien de la causa. Muchos autores hablan de 6 meses como límite entre el agudo y el crónico.

2.1. Clasificación según la intensidad del dolor:

Se clasifica según el resultado de la EVD (escala de valoración del dolor) la cual se detalla en el apartado de valoración del dolor.

Leve: Entre 1 – 3 de la EVD

Moderado: 4-6 de la EVD

Severo: De 7-10 de la EVD

2.2 Clasificación según la localización del dolor:

Puede ser localizado o difuso, en este último están los referidos e irradiados.

3. Teorías que explican el dolor

Teoría de la especificidad del dolor: Siempre hay receptores nociceptores del dolor, que proyectan impulsos sobre vías nerviosas específicas (A y C) por la medula espinal al cerebro.

Teoría del patrón del dolor: Hay receptores específicos al dolor, debido a que los nociceptores responden también a la presión y la temperatura, el dolor surge por combinación de varios factores.

Teoría de las compuertas: El dolor pasa por una serie de vías nerviosas, en donde tiene que atravesar compuertas. El dolor debe alcanzar un nivel de conciencia antes de ser percibido, cuando una compuerta está cerrada, el dolor no es percibido.

En primer lugar la lesión tisular causa la liberación de varias sustancias como bradiquininas, histaminas, serotoninas, prostaglandinas, potasio, luego se inicia un potencial de acción que recorre una fibra nerviosa sensitiva y activa un receptor del dolor. Existen dos tipos de fibras nerviosas las A y C, el tipo de dolor tiene que ver con la proporción relativa de cada una de estas

fibras en el cuerpo, estas fibras ingresan a la medula al asta posterior y viajan al cerebro. Allí se localizan las compuertas que regulan el flujo del impulso sensorial, si la compuerta detiene los impulsos, estos no se transmitirán porque no serían conscientes. El cierre de la compuerta se da cuando se activan las fibras gruesas, de esta manera la transmisión del impulso nervioso se detiene y el paciente no siente dolor. Las endorfinas y encefalinas, que son opiodes endógenos, pueden producir cierre de la compuerta. Aplicando masajes o linementos en un área dolorosa se cierra la compuerta porque el estímulo viaja por fibras sensoriales largas de los receptores periféricos, esta es la misma vía que utilizan los opiodes para manejar el dolor.

El cierre de las compuertas puede ser estimulado en varias formas:

- La activación de las fibras gruesas: con masaje, vibración o frotamiento.
- Estímulos sensoriales diferentes al dolor, porque cierran las compuertas, como visualización y relajación.
- Disminuir la angustia o la depresión innecesarias: las compuertas se cierran con señales del tálamo y la corteza, producidas al recibir información de la condición que genera el dolor. La compañía disminuye la angustia y el dolor.

Teoría de las endorfinas: actúan encajándose en los receptores narcóticos de las terminaciones nerviosas, cerebro y medula, de esta manera el impulso no alcanza el nivel de la conciencia. Aumentan los niveles de endorfinas: dolor y estrés breve, ejercicio físico, acupuntura y actividad sexual.

Disminuyen los niveles: dolor y estrés prolongado, ansiedad y depresión.

La Teoría de los síntomas desagradables: es una teoría de enfermería de mediano rango que sostiene que se pueden presentar tres tipos de síntomas, el dolor, la fatiga y las náuseas y el vómito, que son desagradables para la persona, estos síntomas son de naturaleza compleja y

tiene al menos tres componentes: unos factores relacionados, una forma de expresión individual y unas implicaciones de la experiencia.

Los tres factores relacionados son fisiológicos, psicológicos y situacionales:

Los fisiológicos están relacionados con los sistemas orgánicos, las patologías y los niveles de nutrición, entre otros.

Los factores psicológicos se asocian con el estado anímico, la personalidad y el grado de ansiedad.

Los factores situacionales se relacionan con las experiencias personales, el estilo de vida y el apoyo social.

Las expresiones también tienen diferentes matices, como duración y frecuencia, calidad del síntoma, intensidad del síntoma, angustia.

El impacto de la experiencia se puede ver a nivel funcional o de desempeño del rol, a nivel físico o de actividad y a nivel cognitivo o de capacidad para resolver el problema. En la práctica permite asociar la aparición, expresión y consecuencias del dolor.

4. Valoración de la persona con dolor El dolor es el quinto signo vital, no olvidarlo, registrarlo y controlarlo.

Escala verbal

a. Escala de intensidad: es la más utilizada por simple y efectiva, incluye no dolor, dolor leve, moderado y severo.

b. Escala de alivio: no alivio, alivio leve, moderado, bueno y completo

c. Escalas visuales: incluyen análogas y numéricas

Análogas: Son aquellas representadas por una línea recta en la cual el paciente ubica su nivel de dolor desde no dolor hasta el máximo de dolor.

Numéricas: El paciente da una calificación al dolor desde cero (0) que significa no dolor, hasta diez (10) el peor dolor que se ha percibido. Una modificación es la escala con colores o expresiones faciales.

Valoración por los cambios fisiológicos: como aumento de la frecuencia cardiaca, la presión arterial o la frecuencia respiratoria, las expresiones del rostro.

5. Control del dolor

Las reacciones al dolor pueden estar influenciadas por ansiedad, experiencias pasadas y la cultura. Es importante dado las consecuencias del dolor establecer un grupo interdisciplinario de control del dolor, las reglas básicas son: Controlar la causa en lo posible, implicar y ofrecer información a la persona y su familia sobre las medidas que utiliza el equipo sanitario para controlar el dolor. Es importante también reconocer y vencer el miedo a los opiáceos. Preguntar a la persona el significado del dolor y que espera del tratamiento.

Establecer un plan: desarrollo de un protocolo global para el control del dolor, la valoración, el tratamiento, evaluar los resultados, incluyendo preparación para el alta.

6. Tratamiento farmacológico:

Lo primero es determinar algunas reglas de oro: el dolor es mejor prevenirlo que combatirlo, aplicar el analgésico con reloj en mano, tomar en cuenta la farmacología de los analgésicos, utilizar hasta donde sea posible la vía oral, no hay razones para el temor a la dependencia por los medicamentos en personas con enfermedad maligna porque ellos tienen agotadas sus endorfinas por lo que la aplicación solo intenta corregir la ausencia orgánica, tratar el insomnio y los efectos secundarios, los sedantes tipo benzodiacepinas no son analgésicos por lo tanto no los reemplazan, utilizar la escala analgésica propuesta por la OMS, que contempla: fármacos coadyuvantes (antidepresivos/ antiepilépticos /corticoides/ etc.): su administración es muy importante, especialmente en el tratamiento del dolor neuropático, y está autorizada en cualquiera de los peldaños de la escalera analgésica de la OMS.

En cuanto a los opioides el principio es titular la dosis iniciando con 0.05mg/kg de peso y esperar 5 minutos si es venosa, 1 hora si es muscular o 90 minutos si es oral. Lo mejor es usar un solo

opiode por paciente y no mezclarlos iniciando con morfina.

Hay tecnología compleja que puede ser utilizada como las bombas de analgesia controlada por el paciente PCA, las cuales administran opioides a la orden del paciente, siendo estas controladas para que no se excedan de una dosis y tiempo determinados.

Las infusiones epidurales se hacen a través de un catéter, donde se aplican medicamentos en infusión neuroaxiales, ofrecen alivio completo en caso de trauma o cirugía.

Los efectos adversos se derivan del catéter o de los medicamentos, pero es muy común la retención urinaria.

Escalones	Tratamiento
Primer escalón: Dolor leve a moderado	AINES (Analgésicos antiinflamatorios y derivados: paracetamol, ibuprofeno, diclofenac, ketorolaco). Estas drogas presentan un "techo analgésico": no aumenta la analgesia al aumentar la dosis, ni se potencian con la asociación de dos AINES.
Segundo escalón: Dolor leve a intenso	AINES + opioides menores (codeína, dihidrocodeína o tramadol)
Tercer escalón: Dolor intenso no controlable con tratamientos anteriores	Opioides mayores, especialmente morfina. La vía de administración, la titulación y la dosis son absolutamente individuales y, por lo tanto, muy variables. Se indica realizar rotación opioide en caso de: toxicidad, fracaso en el control del dolor, sospecha de desarrollo de tolerancia y dolor difícil o refractario.

Cuarto escalón: Dolor muy intenso	Medidas analgésicas invasivas (administración de morfina por vía intratecal o epidural, infiltraciones de anestésicos locales, etc.).
-----------------------------------	---

²Tomado de: Escala de la analgesia: en: revista de enfermería, disponible en <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-intervencion1.htm>

7. Tratamiento no farmacológico del dolor

El dolor es un concepto subjetivo y se percibe como una sensación somato-psíquica modulada por diversos elementos físicos y emocionales. El dolor tiene dos componentes el estímulo físico y la respuesta emocional. Es importante por ello prestar atención tanto al tratamiento farmacológico, como al no farmacológico el cual es basado, como ya se dijo, en la teoría de las compuertas.

Asistencia espiritual: Cuidado pastoral, información continua, asistencia y compañía, trabajo en familia.

La información: Esta por si misma es una importante ayuda a la hora de combatir el dolor, puesto que como se había dicho, la incertidumbre es un sentimiento común en la persona con dolor o en sus cuidadores, la cual no es mas que no tener la información suficiente para poder elaborar un significado de la situación, de esta manera la persona podrá afrontar y adaptarse a su situación, conservar la esperanza y de igual manera participar en el cuidado de manera activa.

Medidas físicas: entre las más comunes están el contacto con las manos como es el caso del masaje y de la movilización de las extremidades cuando las articulaciones se encuentran entumecidas y dolorosas.

Aplicación de calor o frío: es una técnica antigua para calmar o disminuir el dolor y su utilización es universal. Probablemente es más eficaz para el dolor bien localizado.

La aplicación de calor local produce vaso dilatación refleja, aumenta la permeabilidad

capilar de la región tratada y mejora sus condiciones metabólicas. Los baños calientes, los rayos infrarrojos, las compresas calientes, y las bolsas de agua caliente, entre otras son las más utilizadas.

La aplicación local de frío produce vasoconstricción seguida de vasodilatación. La disminución inicial de flujo sanguíneo se acompaña de un descenso de la velocidad de conducción nerviosa y de relajación muscular, enlenteciendo la conducción de los impulsos nerviosos al cerebro, y así mismo de los estímulos motores cerebrales a los músculos de la zona dolorosa.

Al aplicar frío, llega el momento en que el tejido se hace isquémico, lo cual provoca una vasodilatación refleja para conservar la viabilidad del tejido y después una vasoconstricción para evitar la caída de la temperatura cerebral. La aplicación de frío se hace a través de la utilización de una bolsa cubierta con una tela gruesa sobre la zona por tratar, solo 10 minutos y descansar por media hora, esto durante las primeras 48 horas; no debe aplicar sobre zonas muy pequeñas como dedos o manos, por el peligro de necrosis.

Al momento de dar indicaciones a las personas en cuanto al uso del calor y el frío es necesario hacerlo de manera muy explícita, esto porque ambos tratamientos no están libres de consecuencias como quemaduras, necrosis o respuestas no esperadas.

Masajes: es uno de los procedimientos más antiguos para tratar estados dolorosos. Se describe como la manipulación de los tejidos blandos del cuerpo; son más efectivos cuando son realizados con las manos y se administran con el fin de provocar efectos sobre la circulación local. El efecto es similar al del calor, aumentando la circulación sanguínea de la zona y acelerando la eliminación de productos de desecho del metabolismo celular. Por otro lado el contacto físico con la persona es positivo, produce un efecto placentero y los efectos secundarios son mínimos. El sencillo y único contacto de las manos sobre una zona del

cuerpo es muy confortable e induce a distensión corporal. El masaje se debe administrar en aquellas zonas corporales propensas a la contractura corporal; está contraindicado en problemas de coagulación, ya que podrían aparecer hemorragias o hematomas si no se realiza con la suavidad suficiente y cuando existen en sitios donde la piel se encuentra lesionada, en metástasis en huesos largos ya que el riesgo de fractura patológica es patente.

Movimientos activos y pasivos: Los ejercicios físicos basados en principios de flexibilidad, fuerza y actividad general, no deben ser olvidados en el tratamiento conjunto en el manejo del dolor.

Es importante ayudar al paciente a mantener una correcta alineación corporal. Los ejercicios deben ser realizados de manera progresiva y suave, no traumática e indolora y con una frecuencia variable de acuerdo con lo que el paciente tolere.

Distracción: relajación mental y física, visualización dirigida, musicoterapia, cromoterapia. Terapia ocupacional y física.

Plantas medicinales: hay que tener en cuenta que es necesario conocer la forma de hacerlo porque lo mismo que los medicamentos, estas tienen sus indicaciones, efectos adversos e interacciones.

Terapia cognitiva: incluye el control de los pensamientos deformadores “parar la catastrofización” visualización “imaginar una causa diferente del dolor”

Conclusiones

El dolor es una experiencia individual, por tanto subjetiva, el cuidado de enfermería incluye una valoración que tenga en cuenta además de las causas fisiológicas, otras de naturaleza psicológica, espiritual y social, lo mismo al momento de planear el cuidado, debido a que las consecuencias de tener dolor son muy grandes

en los sistemas orgánicos y principalmente en la vida de la persona porque afecta su rol, su familia, su bienestar y confort.

En el cuidado de la persona con dolor, el profesional de enfermería tiene acciones por efectuar dependientes, como todo lo referente al manejo farmacológico, para lo cual es indispensable que tenga conocimientos de la farmacocinética de los analgésicos y de los efectos adversos de cada uno de ellos, además hay algunas terapias invasivas de las cuales debe conocer su manejo específico; por otro lado tiene una serie de acciones independientes, referentes a la valoración y el mismo cuidado de la persona.

Bibliografía:

Escala de la analgesia: en: revista de enfermería, disponible en <http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria6403-intervencion1.htm>

Sánchez H.B. Abordaje teórico para comprender el dolor humano. *Aquichan*. 2003; 3(3): 32-41.

International association for the study of pain. Paint terms. Disponible en: <http://www.halcyon.com/iasp>

Molina M.E. Asistencia de enfermería al paciente con dolor. *Invest educac enferm*. 1990; 8(1):37-49

Bines A, Paice J.A. actualización de los procedimientos para el control del dolor. *Nursing*. 2005; 36-37

Chaparro G. L, Rey A. Manejo del dolor. En: guías para manejo de urgencias. Ministerio de la protección social. 2003. P. 823-826.

Jacob S. Francone CA. Anatomía y fisiología Humana. Cuarta edición. Mexico: Interamericana. 1982. p.306-312.

Majdar I. infligir y manejar el dolor: un desafío para enfermería. *Invest educ enferm*. 2000;28(1):37-47.

Cuidados en posreanimación Care in Post-Resuscitation

Fernando Antonio Cardona Restrepo*

Resumen

Como la reanimación cardio-cerebro-pulmonar (RCCP) es uno de los eventos en los que todo profesional del área de la salud deberá asistir en los servicios de urgencias, existe una gran difusión acerca de las maniobras de reanimación básica y avanzada; no obstante, debe tenerse claro que el éxito de estas no está medido en el número de pacientes que recuperan el ritmo cardiaco; su éxito se evidencia en la sobrevida de los pacientes y en su calidad de vida, representada en el menor número de secuelas neurológicas o sistémicas.

Es así entonces como los cuidados posreanimación adquieren un valor importante en la cadena de reanimación, consolidando lo logrado en las etapas anteriores, teniendo como objetivo principal el restablecimiento de la perfusión tisular a los distintos órganos y sistemas, evitando el colapso hemodinámico y la falla orgánica múltiple y buscando como resultados una mejor sobrevida y la disminución de las secuelas neurológicas o sistémicas.

Palabras clave:

cuidados posreanimación

Abstract:

Since cardio-pulmonary resuscitation (CPR) is a procedure that every health care professional should be able to apply in emergency services, there exists a great diffusion about the techniques in basic and advanced resuscitation. To be clear, the success of these is not measured in how many

patients recover cardiac rhythm; its success is evidenced in the lifespan of the patients and their quality of life thereafter, represented by the least possible number of neurological or systemic side effects. This is how post-resuscitation care acquires an important value in the chain of resuscitation, consolidating what was achieved in the previous stages. Now having the main objective of the re-establishment of the perfusion at a tissue level to the different organs and systems, avoiding hemodynamic collapse and multiple organ failure and trying to achieve a better post-resuscitation life and diminish the neurological and systemic side effects.

Key Words

post-resuscitation care

Las maniobras de reanimación son el primer paso para conseguir la recuperación del paciente, pero persiste una mortalidad alta luego de conseguir el retorno del ritmo cardiaco y la circulación espontánea en la estabilización inicial. De 22.105 pacientes ingresados en las UCI del Reino Unido tras un paro cardiaco, 9.974 (45%) sobrevivieron y abandonaron la UCI y 6.353 (30%) sobrevivieron y fueron dados de alta. Por esta razón, se considera que son el conjunto de las maniobras de preanimación, más los cuidados e intervenciones de posreanimación, los que tienen una importancia significativa en los resultados finales.

Los objetivos iniciales en los cuidados posreanimación serán:

optimizar la función y el soporte hemodinámico

*Enfermero, especialista en atención al adulto en estado crítico de salud
fdocardona@une.net.co