Universidad de Cantabria
Escuela Universitaria de Enfermería "Casa Salud Valdecilla"

Plan de cuidados estandarizado del paciente con Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE)

Autora: Laura Álvarez Cano

Director: Elías Rodríguez Martín

11 de diciembre de 2013

Curso de adaptación al Grado 2012-2013

ÍNDICE **PÁGINA**

Resumen y palabras clave 2

Abstract y key Word 2

Introducción 3-5

CAPÍTULO 1: Metodología enfermera en la práctica profesional 6-8

CAPÍTULO 2: Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) 9-14

CAPÍTULO 3: Plan de cuidados estandarizado para el paciente con

DegeneraciónMacular Asociada a la Edad (DMAE) 15-24

Reflexiones25

Bibliografía 26 y 27

RESUMEN

En la actualidad los planes de cuidados de enfermería estandarizados son una herramienta muy útil para organizar el trabajo de enfermería y aplicar unos cuidados eficientes y de calidad a los pacientes. Elpresente trabajose centra en desarrollar un plan de cuidados estandarizado para los pacientes con Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), que es la principal causa de ceguera legal en los países desarrollados.

En el plan de cuidados de enfermería, tomando como referente la perspectiva bifocal del cuidado enfermerosegún Lynda Carpenito, se han abordado los principales problemas de colaboración derivados de la DMAE, así como los diagnósticos de enfermería más comunes que pueden presentar los pacientes con esta patología junto con los resultados de enfermería (NOC) y las correspondientes intervenciones de enfermería (NIC) de cada diagnóstico.

Antes de desarrollar el capítulo correspondiente al plan de cuidados de enfermería estandarizado,en otro de ellos se abordan aspectos de la metodología científicaenfermera en la práctica profesionaly,en otro capítulo, se desarrollan los contenidos fisiopatológicos de la Degeneración Macular Asociada a la Edad.Finalmente, tras desarrollar el plan de cuidados estandarizado se realizan unas reflexiones.

PALABLAS CLAVE

Degeneración Macular; Atención de Enfermería; Planificación de Atención al Paciente, Mácula Lútea.

ABSTRACT

Nowadays, standardized nursing care plans are a very useful tool to organize nursing work and to apply efficient and quality care to patients. In this manner, this work is focused in a standardized nursing care plan for patients with age-related macular degeneration (ARMD), which is the leading cause of legal blindness in developed countries.

Taking into account the bifocal perspective of nursing care by Lynda Carpenito, the nursing care plan presented deal with the main collaborative problems arising from ARMD and the common nursing diagnoses may occur in patients suffering this condition along with nursing outcomes (NOC) and the corresponding nursing interventions (NIC) for each diagnosis.

Before developing the chapter related to the standardized nursing care plan for patients with ARMD, in other two chapters, the scientific methodology in professional nursing practice and the pathophysiological contents of Age Related Macular Degeneration are addressed. Finally, some remarks are made after developing standardized nursing care plan.

KEY WORDS

Macular Degeneration; Nursing Care; Patient Care Planning, Macula Lutea.

INTRODUCCIÓN

Como ya dijo Diers[1], el desempeño de la profesión enfermera es algo difícil puesto que hay que tener tanto conocimientos técnicos como formales, habilidades de comunicación, uso de la persona, organización, debemos saber implicarnos emocionalmente, entre otras muchas cualidades. Pese a esto, la imagen actual de los enfermeros en muchos casos es la de una profesión dependiente de las órdenes médicas. Para que se aprecie el verdadero trabajo de la enfermería y se dé a conocer el complejo proceso de pensamiento de la disciplina, cada enfermero tiene que realizar y dar a conocer los planes de cuidados.[1]

Han tenido que pasar muchos años para que los enfermeros se preocupen en aclarar cuáles son los servicios y el grado de calidad que quieren prestar en sus cuidados. Esto es consecuencia de los numerosos cambios que se están sufriendo en la actualidad: los altos costes de los servicios de salud, la evolución de los componentes del cuidado, las mayores exigencias y aumento de la demanda de servicios por parte de la población, la necesidad de contener los costes sin que esto afecte a la calidad…etc. Los planes de cuidados ayudan a aclarar muchas de estas cuestiones, a saber cuáles y cómo deben ser los cuidados que se presten. Además presentan numerosas ventajas, por ejemplo, gracias a ellos se muestra el complejo rol que desempeñan los enfermeros además de darles una autonomía profesional. A su vez, emplean un enfoque holístico, es decir,se tiene en cuenta tanto la esfera biológica como la psicológica y social del individuo. Hacen partícipe al usuario y a la familia en los cuidados dándoles protagonismo, independencia y responsabilidad en lo que al cuidado se refiere. Al estar escritos, aportan más seguridad que lo que es el intercambio de información oral, es decir, mejoran la comunicación entre profesionales ofreciendo un lenguaje común, y como quedan registrados son útiles para cualquier problema legal. Dan la posibilidad de poder evaluar en todo momento los cuidados que se prestan y poder llevar a cabo una continuidad de los mismos. Disminuyen errores, omisiones y/o repeticiones innecesarias. Su empleo abre la puerta de la investigación a los profesionales de la enfermería. Todo esto se resume en aplicar unos cuidados de calidad reduciendo costes.[1,2]

Los planes de cuidados estandarizados son: "Normas asistenciales que convierten en gráficos permanentes de registro debido a añadidos o supresiones"[2]. Gracias a ellos se trasladan los estándares de cuidados a una visión general. No se centran en las necesidades individuales de un paciente determinado. Su empleo ayuda a ahorrar tiempo ya que no es necesario tener que volver a escribir un plan entero cuando se trate de un paciente individual, basta con añadir o quitar algunos aspectos del estándar. El problema que surge es que al conocer ya su contenido tienden a no leerse y de esta manera no se actualizan.[2]

Pese a todo lo dicho anteriormente, los planes de cuidados aún no gozan de mucho éxito entre los profesionales de enfermería ya que no lo ven como algo eficaz. Durante años ha existido por parte delos enfermeros varios puntos de vista sobre ellos. Para muchos de losprofesionales tienen una connotación negativa. Algunos de los inconvenientes que plantean son sobre todo la falta de tiempo para redactarlos y una vez que se escriben a penas de utilizan. Al no utilizarse no se revisan, por lo tanto no se actualizan. Esto se resume en que no se puedan prestar unos cuidados actualizados de calidad. A lo largo del proceso de formación, en las prácticas clínicas se exige a los estudiantes la elaboración de planes de cuidados. Para ellos es algo costoso, dificultoso, lento, incluso aburrido. No ven que sea algo que se emplee ya que los propios enfermeros con quienes realizan sus prácticas clínicas no lo utilizan. Una vez que acaban sus estudios y pasan a ser profesionales se olvidan de ello y no lo vuelven a utilizar.[1, 2]

En la actualidad el principal reto al que se enfrentan los enfermeros con respecto a los planes de cuidados además de su elaboración y actualización, es su ejecución, es decir, que se lleven a cabo en la práctica clínica diaria para todos aquellos pacientes que tienen a su cuidado. Un modo de tener en cuenta el trabajo de enfermería es que cada profesional, de forma individual, desarrolle, utilice y dé a conocer sus planes de cuidados.[3]

La Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), descrita por primera vez por Pagenstecher y Gente en 1876, es en la actualidad la primera causa de ceguera irreversible en personas mayores de cincuenta años en los países desarrollados, convirtiéndose en un problema socio-sanitario muy importante. Además cabe destacar que, en lo que al campo de la medicina se refiere,ha sufrido un gran crecimiento siendo sus investigaciones cada vez más numerosas. Como consecuencia del aumento del envejecimiento de la población y al aumento de la esperanza de vida, han aumentado considerablemente los casos de DMAE en los últimos años. Su prevalencia ha sido estudiada desde los años setenta. En estudios recientes se pueden encontrar cifras que varían según la edad de la población, encontrando así una prevalencia del 6,4% en personas con edades comprendidas entre los 65 y 75 años y del 19,7% en mayores de 75 años. Se prevé que estas cifras puedan llegar a triplicarse en los próximos 20 años.[4- 7]

La DMAE, el glaucoma crónico, la retinopatía diabética y las cataratas son las principales enfermedades oculares asociadas al envejecimiento causantes de la baja visión, afectando ésta última según la OMS a 150 millones de personas en todo el mundo .Todo esto hace que las personas afligidas vean alterada su calidad de vida y su independencia ya que se ven afectadas en sus relaciones con el medio físico, psíquico y social. Losaquejados por ello suelen ser mayores, por eso es necesario que este tema cobre valor y sea tratado profundamente. De aquí la importancia que se desarrolle un plan de cuidados estandarizado sobre esta patología.[8]

Los objetivos que plantea el trabajo son los siguientes:

- Delimitar los problemas reales y potenciales que puede presentar el paciente con DMAE.
- Establecer un plan de cuidados de enfermería adecuado para resolver los problemas reales y potenciales que el paciente con DMAE puede llegar a presentar.
- Facilitar a los profesionales de enfermería un estándar de cuidados para los pacientes con DMAE que les sirva como punto de partida en su práctica diaria.

Los motivos de elección del tema de trabajo son los que a continuación se nombran:

- Personalmente, se trata de un reto para mí confeccionar este plan de cuidados. Lo considero de vital importancia y deseo profundizar en ello además de querer aumentar mis conocimientos sobre el tema en cuestión y progresar profesionalmente.
- Considero que el empleo del proceso enfermero y los planes de cuidados en la práctica profesional aporta numerosos beneficios a los profesionales y a la ciencia enfermera en sí. Este es otro de los impulsos que me ha llevado a la elección de este tema.
- Finalmente, otra causa que me ha llevado a elaborar un plan de cuidados estandarizado de la DMAE es por su originalidad. A lo largo de la búsqueda bibliográfica, en libros y en diversas bases de datos, son cuantiosos los planes de

cuidados estandarizados que se pueden llegar a hallarpero sin embargo escasos los relacionados con la oftalmología y ninguno encontrado sobre la DMAE.

A la hora de realizar la búsqueda bibliográfica, en primer lugar se buscaron los descriptores (a través delvocabulario estructurado DeCS y MeSH) que podían estar relacionados con el tema de trabajo para poder buscar información en las distintas bases de datos. Fueron encontrados numerosos descriptores, tanto en español como en inglés, los cuales se emplearon en las numerosas bases de datos consultadas (google academic, dialnet, cuiden plus, Cochrane, etc.). Finalmente fueron tan sólo cuatro los descriptores que sirvieron para encontrar los artículos que resultaron de gran interés para el trabajo (Degeneración Macular; Atención de Enfermería; Planificación de Atención al Paciente; Mácula Lútea), utilizando en cualquier caso textos completos. Sin embargo no era suficiente la información encontrada y se decidió buscar en libros de diversas materias: numerosos libros de oftalmología, de planes de cuidados, de fundamentos de enfermería,o relacionados con el proceso enfermero. A través de ellos se completó la información que faltaba para poder desarrollar un contenido de calidad. Generalmente los textos empleados estaban escritos en lengua castellana.

El presente trabajo cuenta con tres capítulos. El primero de ellos trata la metodología enfermera. En él se habla de lo que es el proceso enfermero, su evolución, los planes de cuidados estandarizados, ventajas, inconvenientes, entre otros aspectos. En el siguiente capítulo se desarrolla la patología en cuestión, que es la Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE), definiéndola, mostrando su prevalencia, factores de riesgo, clasificación, síntomas y manifestaciones clínicas. A continuación se aborda el tercer y último capítulo, centrándose en lo que es el plan de cuidados estandarizado para el paciente con DMAE, diferenciando los diagnósticos de enfermería de los problemas de colaboración.

CAPÍTULO 1

METODOLOGÍA ENFERMERA EN LA PRÁCTICA PROFESIONAL

La metodología científica se define como "el abordaje sistemático utilizado para resolver un problema o responder a una pregunta".[9]

El nacimiento del método científico originó un gran progreso para la ciencia y sobre todo para aquellas disciplinas que se encargan del estudio del hombre. Gracias a su aplicación cada disciplina forma su propio cuerpo de conocimientos. Todas las disciplinas científicas poseen una metodología propia con la que poder solucionar eficazmente problemas que surjan en la práctica diaria y con la que asegurar el avance del conocimiento.[10]

Si se estudiara la palabra "método" por separado, "meta" significa "movimiento" y "odon" significa "camino". En definitiva sería algo así como "camino hacia algo" o "esfuerzo para alcanzar un fin".[10]

Para que la enfermería sea admitida como miembro de pleno derecho en la comunidad científica debe recurrir (como cualquier otra disciplina profesional) a una metodología propia para solventar los problemas de su competencia. De esta forma, la metodología que utiliza adopta el nombre de proceso enfermero (PE).Gracias al empleo del proceso enfermero se agrega la dimensión científica al acto de cuidar, pasando a ser el método de trabajo de los enfermeros.[9, 10]

El proceso enfermero se define como: "un método sistematizado de brindar cuidados humanistas centrados en el logro de objetivos (resultados esperados) de forma eficiente. Es sistemático porque consta de 5 pasos (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), durante los cuales se llevan a cabo acciones deliberadas para lograr la máxima eficiencia y conseguir a largo plazo resultados beneficiosos. Es humanista porque se basa en la idea de que, mientras se planifica y se brindan los cuidados, se deben considerar los intereses, ideales y deseos únicos del consumidor de los cuidados de salud (persona, familia o comunidad) ".[11]

El concepto de "proceso de enfermería" se utilizó por primera vez en la década de los cincuenta en E.E.U.U., extendiéndose más tarde a Europa y al resto de América. Nació para poder llevar a cabo una asistencia de calidad tanto en las fases agudas como crónicas, para el mantenimiento del bienestar, alivio del dolor, incluso para prestar los cuidados necesarios para una muerte tranquila, es decir, aplicable a cualquier entorno, situación y paciente.[12, 13]

Al principio tan sólo tenía tres etapas: análisis, síntesis y ejecución. Más tarde, a finales de la década de los sesenta sus etapas aumentaron a cuatro: valoración, planificación, ejecución y evaluación. En esta estructura es en la que se basa el modelo actual. A mediados de los años setenta se incorpora el diagnóstico como etapa, pasando a ser cinco los pasos del proceso enfermero: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Este es el proceso enfermero que conocemos hoy en día. Gracias a esta última etapa (diagnóstico), se comenzaron a definir en los años setenta los problemas que tratan los enfermeros de forma independiente, creando un lenguaje común y realizándosesu primera clasificación.[10]

Se trata de un proceso sistemático ya que se plantea de una forma estructurada para poder intervenir de forma directa y ayudar a los enfermeros a trabajar con ello más rápidamente, ahorrando tiempo. Además es flexible porque se puede aplicar a cualquier campo de la enfermería para proporcionar cuidados. Y por último es dinámico como

consecuencia de los numerosos y continuos cambios en el estado de salud de las personas pudiendo adaptarse a ellos.[10]

En cuanto a su finalidad, como dijo Lyers[10], es que las necesidades individualizadas tanto del usuario, familia o comunidad se puedan cubrir a través de una estructura teórica. La finalidad del proceso enfermero debe ser la misma que la de la enfermería, es decir, la de conservar y hacer progresar la salud del individuo a niveles óptimos de una manera organizada.[10]

Sus etapas representan los pasos a seguir para que sea operativo, es decir, para poder llevarlo a cabo. El proceso enfermero es un todo cíclico, dinámico, cuyas partes están interrelacionadas y son inseparables. A través de ellas, los enfermeros pueden reconocer problemas únicos en el individuo y formular unos objetivos:[10, 11]

- Valoración: Recopilación de datos.[14]
- Diagnóstico: Estudio de los datos y establecimiento de problemas reales o potenciales.[14]
- Planificación: Fijación de objetivos y creación de un plan para actuar.[14]
- Ejecución: Puesta en marcha del plan.[14]
- Evaluación: comprobar si el plan es eficaz. Realización de variaciones si fuera preciso.[14]

¿Qué ventajas aporta el proceso enfermero?

1. En la actualidad, debido a los problemas económicos que hay, se han originado numerosos recortes, se ha reducido el número de profesionales de enfermería, acrecientan las horas de trabajo, hay falta de tiempo, se reducen los recursos disponibles para la atención a la salud y todo esto se reduce en una rebaja de la calidad de los cuidados prestados. Ahora más que nunca es cuando se debe "apretar el cinturón" y trabajar de manera que sea lo más eficiente posible. A través del proceso enfermero se pueden prestar unos cuidados de calidad basados en la evidencia científica además de reducir costes. Mejora la capacidad del resolver problemas, tomar decisiones y optimizar los recursos. Facilita el diagnóstico, el tratamiento de problemas de salud tanto reales como potenciales. Todo esto se resume en una eficacia y eficiencia tanto en términos de sufrimiento humano como de costes económicos. Su aplicación en el trabajo de una manera continua y regular asegura unos cuidados de calidad, disminuyendo errores, omisiones y repeticiones innecesarias en los cuidados del paciente.[10, 11, 12]

2. Otra ventaja es que proporciona continuidad, ya que al ser dinámico hace que el enfermero pueda adaptar el proceso a las nuevas situaciones del estado de salud del individuo (progresos y recaídas) y así evitar la frustración. Ayuda a que los enfermeros analicen en todo momento el trabajo que están realizando y estén atentos a todos los cambios que puedan producirse en la situación del paciente y requieran una nueva atención.[10, 12,13]

3. Ayuda a individualizar ya que cada persona se comporta, en lo que a materia de salud se refiere, de mododisparejo y único, de esta manera se tienen que individualizar las acciones de enfermería.[10]

4. Mejora la comunicación tanto entre profesionales como entre la enfermera y el paciente. Todo esto se traduce en satisfacción por ambas partes.[10]

5. Favorece la participación del usuario en la toma de decisiones referidas a su salud haciéndole responsable e independiente, pasando de ser un elemento pasivo a uno activo.[10]

6. Se centra en las respuestas humanas relacionadas con los procesos vitales. Esto es lo que diferencia a la enfermería del quehacer médico ya que éste último se centra solamente en la enfermedad.[10]

7. Emplea un enfoque holístico, es decir, toma en cuenta la esfera tanto psicológica, como biología y social del individuo. Esto ayuda a conocer a los pacientes en todas sus dimensiones.[11]

Pese a todas las ventajas y utilidades del proceso enfermero, en la actualidad la mayoría de los profesionales de enfermería no están a gusto con él ya que no ven casos reales en los que se aplique a lo largo de sus prácticas. Sin embargo, creen que si se empleara aportaría numerosos beneficios al trabajo de enfermería y harían de esto una actividad apasionante.[10]

Uno de los principales obstáculos que indican los profesionales para su implantación es la gran carga de trabajo y la falta de tiempo que hay. Además algunos refieren la escasez de bibliográfica y una falta de organización en las instituciones y esto también influye a la hora de su aplicación.[10]

Hoy en día hay aún numerosas dudas en la diferenciación entre los problemas que tratan los enfermeros y aquellos que tratan y son exclusivamente de su competencia. Para poder y saber llevar a cabo el proceso enfermero primero se tienen que aclarar aspectos como estos.[10]

Finalmente, otra de las limitaciones que se encuentran es que actualmente existe una gran dificultad para incluir el proceso enfermero de forma continua, coherente y estructurada en el proceso de aprendizaje de los enfermeros.[10]

"Los planes de cuidados estandarizados son normas asistenciales que se convierten en gráficos permanentes de registro debido a añadidos o supresiones". Su utilización ayuda al enfermero a emplear más tiempo en cuidar a sus pacientes que en registrar esos cuidados puesto que hacen que el profesional no tenga que emplear mucho tiempo en crear un plan de cuidados ya que son una especie de "plantilla "para su planificación. Gracias a ellos no se tiene que partir de cero ni escribir de manera repetida unos cuidados rutinarios. Al no ser cerradosbasta con quitar o añadir determinados aspectos al plan estandarizado, dependiendo del tipo de paciente que tratemosy evitar que el enfermero pierda tiempo en escribir una y otra vez los mismos cuidados. Esto facilita el trabajo y hace que se ahorre tiempo. Los cuidados que contienen estos estándares son los que se consideran más adecuados para determinados grupos de pacientes con unas características comunes. Su empleo ayuda a que se mejore la calidad de los servicios prestados, a un aumento de la rigurosidad en lo que a cuidados se refiere y a un mejor empleo de los recursos. El paciente tiene derecho a una asistencia de calidad y responsable. Cuando llega personal nuevo a una determinada unidad, gracias a estos planes de cuidados, se les muestra cuáles son los cuidados estándar de ese lugar dónde comienzan a trabajar. Se pueden aplicar en cualquier área. Además hace que disminuya la variabilidad de los cuidados que se proporcionan y favorecen la unión y el progreso al mismo tiempo de los profesionales de enfermería que trabajan en una mismaárea.[1, 15, 16]

CAPÍTULO 2

DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

Definición

"La DMAE es la principal causa de pérdida visual irreversible en el mundo occidental en las personas de más de 50 años" [17]. Se trata de una enfermedad degenerativa que afecta de manera progresiva al epitelio pigmentario de la retina (EPR), a la membrana de Bruch y a la coriocapilar.[17]

Para comenzar se deben distinguir la MAE (Maculopatía Asociada a la Edad) y la DMAE (Degeneración Macular Asociada a la Edad).La primera presenta alguna anomalía frente al envejecimiento común y en cambio la DMAE, va algo más allá de esto, considerándola una etapa más avanzada a la MAE en donde se pueden apreciar alteraciones en la visión. En la MAE se pueden encontrar drusas y alteraciones de la pigmentación normal del EPR. En la DMAE se aprecia atrofia geográfica del EPR, desprendimiento del epitelio pigmentario (DEP), neovascularización coroidea (NVC), cicatrices, hemorragias y exudados, entre otros.[18]

Anatomía

El globo ocular, en su conjunto se compone de tres capas que descritas de fuera hacia dentro son:[19]

- Esclera.[19]
- Coroides.[19]
- Retina.[19]

Ésta última está formada a su vez por seis capas, cuatro celulares y dos de interconexiones neuronales.Las celulares son de fuera hacia dentro: [19]

- Epitelio pigmentario de la retina (EPR).[19]
- Capa de células fotorreceptoras.[19]
- Capa de neuronas intermediarias.[19]
- Capa de células ganglionares.[19]

El espacio que queda entre la coroides y el EPR corresponde con la membrana de Bruch, la cual podemos dividir a su vez en 5 capas: [20]

- Capa interior.[20]
- Capa colagenosa interna.[20]
- Capa elástica.[20]
- Capa colagenosa externa.[20]
- Membrana basal externa.[20]

El EPR se encarga del mantenimiento y apoyo de los fotorreceptores. Éstos últimos se dividen en dos tipos de células: conos y bastones. Su función es traducir la señal lumínica a señal neuronal, que viaja al nervio óptico hacia el cerebro.[19]

La mácula lútea o área central retiniana se encuentra en la retina. "Lúteo" en griego significa "amarillo" y es que la mácula contiene luteína, que se trata de un pigmento amarillo, de ahí su nombre. Es la responsable de la agudeza visual fina, de la estereopsis y de que se diferencien las formas y los colores. A su vez podemos dividirla en cuatro partes:[20]

- Fóvea: Se encuentra en el centro de la mácula y gracias a ella diferenciamos los colores además de encargarse de la visión central. Es avascular, se nutre gracias a la coriocapilar.[20]
- Foveola: corresponde a la zona central de la fóvea.[20]
- Parafóvea: área que rodea la fóvea.[20]
- Perifóvea: área que rodea a la fóvea y a la parafóvea.[20]

Prevalencia

Su prevalencia aumenta con la edad afectando actualmente entre un 2 y un 10% de la población. La mayoría de los estudios de prevalencia de la DMAE se han realizado en E.E.U.U. Esta patología ha hecho que aproximadamente un 10% de las personas entre 65 y 75 años en E.E.U.U. hayan perdido algo de visión central como consecuencia de la DMAE y que el 30% de los mayores de 75 años también se vean afectados en algún sentido. La fase final de esta enfermedad cursa con ceguera legal afectando al 1,7% de todos los mayores de 50 años y un 18% en aquellos que superan los 85 años. Otros estudios realizados recientemente en Norteamérica, Europa y Australia conjuntamente, muestran prevalencias de un 0,2 % en personas entre 55-64 años, aumentando hasta un 13% en mayores de 85 años.[7, 18]

Factores de riesgo

Demográficos: [7]

- Edad: Es el principal factor de riesgo para la DMAE.[7]
- Sexo: Se cree que afecta más a mujeres.[7]
- Raza: Menos frecuente en raza negra.[7]

Cardiovasculares: [7]

- Arteriosclerosis: mayores casos de DMAE en pacientes con placas de ateroma.
- Hipertensión arterial: no está muy claro, pero ante la duda se recomienda mantenerla controlada.[7]
- Hipercolesterolemia: Hay evidencia de ello pero todavía no hay resultados muy consistentes.[7]
- Diabetes mellitus: no muy claro aún.[7]

Tóxico nutricionales: [7]

- Tabaco: junto con la edad son los factores de riesgo de los que hay una gran certeza y fiabilidad.[7]
- Alcohol: sin datos ni cifras demasiado significativas.[7]

Oculares: [7]

- Hipermetropía: La DMAE es más común en hipermétropes.[7]
- Color del iris: cuanto más claro, mayor riesgo de DMAE ya que la melanina actúa como protección frente al daño oxidativo que produce la luz a la retina.[7]
- Cirugía de cataratas: debido a que el cristalino opaco protege a la retina de la radiación ultravioleta.[7]

Hormonales: [7]

La menopausia precoz tiene cierta relación con esta patología. También se ha considerado el papel protector de los estrógenos en esta enfermedad.[7]

Genéticos: [7]

Se cree que teniendo antecedentes familiares aumenta el riesgo de padecerlo.[7]

Clasificación de la DMAE

La DMAE se puede dividir en 2 formas:[17]

- Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) seca.[17]
- Degeneración Macular Asociada a la Edad (DMAE) húmeda.[17]

La DMAE seca, también conocida como atrófica o como no exudativa representa el 90 % de todos los casos de esta enfermedad, de esta manera se dice que es la más frecuente. Este tipo es complejo de diagnosticar, sin embargo, una vez que se establece el diagnóstico, tiene buen pronóstico. Su progresión afecta más a un ojo que a otro (asimétrica) y es lenta.[4, 5, 21]

Síntomas de la DMAE seca

Suele ser asintomática, sin embargo algunos pacientes han podido referir algún tipo de síntoma como los siguientes:[21, 22]

- Progresiva pérdida de la agudeza visual.[17, 21, 22]
- Distorsión.[17, 21, 22]
- Problemas para leer.[17, 21, 22]
- Dificultades para reconocer detalles.[17, 21, 22]
- Metamorfopsia.[17, 21, 22]
- Escotoma central o pericentral (en fases avanzadas de DMAE seca).[17, 21, 22]

Sus principales signosson:

- Drusas: "Pequeños depósitos bien definidos blanco –amarillentos, en cualquier área del fondo del ojo, pero más frecuente en la mácula"[21].Se trata de la primera manifestación de la DMAE que podemos ver oftalmoscópicamente. Hay casos en los que se convive toda la vida con estos depósitos y no avanza más. Pero en muchos casos, las drusas son un comienzo que acabará en DMAE. En un principio no tienen por qué afectarnos a la visión y pueden pasar desapercibidas. Si es verdad que algunos pacientes han podido quejarse de distorsión y leve pérdida de visión. Su localización se encuentra entre la capa colágena interna de la membrana de Bruch y la membrana basal del EPR.[5, 18, 19, 21]

Tipos de drusas según su tamaño:

- Pequeñas (menores de 63 micras).[19,23]
- Intermedias (entre 62-124 micras).[19, 23]
- Grandes (mayores de 124 micras).[19, 23]

Tipos de drusas según sus características fundoscópicas: duras, blandas, mixtas, blandas indistintas, nodulares, laminares y calcificadas.Las pequeñas corresponden con las drusas duras y las grandes con las blandas. Las primeras no se asocian con riesgo significativo de DMAE, sin embargo las segundas son el marcador clínico de la enfermedad.[4, 5,23]

- Alteraciones del EPR: Este tipo de alteración se refiere a la atrofia y a una hiperpigmentación de dicho epitelio.[21]
- Atrofia geográfica: Se trata del proceso final. Las drusas que se encontraban al principio podrán originar una atrofia focal en el EPR. Se va produciendo una afectación coriocapilar y esto va dando lugar a la aparición de zonas atrofiadas redondas y bien definidas en el EPR. Estas zonas van creciendo y se van dejando ver vasos de la coroides y van desapareciendo las drusas que había al principio dando lugar a lo que conocemos como atrofia geográfica. Hay 2 tipos de atrofias: el no asociado a drusas y que sí se encuentra asociado.[4, 18]

Los fotorreceptores de la retina eliminan una especie de discos usados, que son fagocitados gracias a enzimas del EP. Al final de este proceso se obtienen numerosos melanosomas y algún que otro gránulo de lipofuccina. Con el paso del tiempo y el envejecimiento, algunas partes de este mecanismo se ven alteradas: [5]

- EPR y la membrana de Bruch se alteran con el envejecimiento.[5]

- Las enzimas del EP dejan de reconocer esos discos usados que eliminan los fotorreceptores, de esta manera no se degradan y tienden a almacenarse en el EP dando lugar a gránulos de lipofuccina en gran cantidad. Esto deteriora la célula, la cual lo expulsa fuera y va a parar entre el EPR y la membrana de Bruch, dando como resultado lo que se conoce como drusa.[5]

De esta manera, la presencia de depósitos anormales de material o drusas debajo y dentro del EP, junto con las alteraciones de la membrana de Bruch, hace que la aportación de nutrientes desde la coriocapilar hasta los fotorreceptores, se vea afectada, dando lugar a una atrofia progresiva del EPR y de los fotorreceptores. El EPR desaparece, apareciendo en su lugar zonas atróficas. Estas zonas dejan de tener capacidad visual.[4, 5,7]

A su vez podemos clasificar la DMAE seca en cuatro categorías según el estudio AREDS. De esta manera cuando apreciamos un número inferior a cinco drusas pequeñas podemos englobar la DMAE seca en la categoría 1. Si encontramos muchas drusas pequeñas o pocas intermedias estamos hablando de la categoría 2 o DMAE leve. En el caso en el que se vean numerosas drusas intermedias o una o más drusas grandes, así como atrofia geográfica no central, se habla de la tercera categoría o DMAE intermedia. Por último, si hay una pérdida de visión en un ojo, estamos hablando de la cuarta y última categoría o DMAE avanzada.[17]

Debemos realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías como son: drusas dominantes, distrofia en patrón y distrofia de conos, enfermedad de Best y de Stargardt o toxicidad por fármacos.[17]

Como se ha dicho anteriormente, su pronóstico suele ser bueno.Sin embargo en un 12 % de los casos en los que se aprecia atrofia geográfica central o que haya avanzado a DMAEhúmeda se produce una grave pérdida de visión. Los pacientes con DMAE seca de categoría 1 y 2 tienen un riesgo de DMAE avanzada de un 1,8%, los de categoría 3 de un 18 % y los de la cuarta categoría de un 43 %. Es decir dependiendo de la categoría en la que se encuentre habrá mejor o peor pronóstico.[17]

El otro tipo de DMAE es la húmeda o también conocida como exudativa .Este tipo es menos frecuente que el anterior ya que solo representa un 10% de todos los casos de DMAE, sin embargo es mucho más sintomático que la seca, pudiendo producir graves

trastornos para la visión. De forma contraria al primer tipo, éste tiene mal pronóstico y una evolución rápida, pudiendo perder la visión central en días.[7, 21, 22]

Síntomas de la DMAE húmeda:

- Brusca pérdida de la agudeza visual.[21, 22]
- Metamorfopsia.[21, 22]
- Escotoma central.[21, 22]
- Micropsia.[21, 22]
- Fotopsia.[21, 22]
- Alucinaciones complejas.[21, 22]

Sus principales signos son:

- Neovascularización coroidea (NVC).[17, 19]
- Exudados lipídicos.[17, 19]
- Hemorragia o líquido subretiniano o intrarretiniano.[17, 19]
- Desprendimiento del epitelio pigmentario (DEP).[17, 19]
- Desgarros del epitelio pigmentario.[17, 19]
- Cicatrices fibrovasculares disciformes en fases tardías.[17, 19]

Su característica principal es que a partir de la coroides surgen vasos nuevos en la mácula. Tenemos 2 factores que conllevan a esto:[7]

- VEGF: estimula el crecimiento vascular.[7]
- PEDF: suprime este tipo de crecimiento.[7]

Al producirse una alteración entre ambos factores, hace que se desarrollen vasos desde la coroides y que por alteraciones de la membrana de Bruch, estos vasos atraviesen dicha membrana invadiendo el interior de las drusas y adentrándose bajo el EPR y la retina. Esto es lo que se conoce como neovascularización coroidea (NVC). Estos neovasos pueden crecer entre la membrana de Bruch y el EPR (tipo 1), entre el EPR y los fotorreceptores (tipo 2) o una mezcla de ambos tipos. A su vez, tienen el riesgo de sangrar o exudar.[4, 7, 19]

Tipos de Neovascularización coroidea:

Neovascularización coroidea clásica: membrana bien definida: [18]

- Extrafoveal: más de 200 micras del centro de la fóvea.[18]
- Yuxtafoveal: menos de 200 micras del centro dela fóvea, pero no la afecta.[18]
- Subfoveal: centro de la fóvea está afectado.[18]

Neovascularización coroidea oculta: membrana mal definida.[18]

Puede también darse el caso de que se acumule líquido (turbio o claro) entre el EPR y la membrana de Bruch originando lo que se conoce como un desprendimiento del epitelio pigmentario en el polo posterior. Se produce una elevación de forma y tamaño variable. Su resolución puede ser espontánea. Como manifestación clínica presenta metamorfopsia y alteración de la visión central. A raíz de ese desprendimiento del EPR puede originarse un desgarro del EPR entre la zona que queda sana y el EPR que se desprende. También puede surgir como una complicación de la fotocoagulación con láser al tratar una NVC. No tiene buen pronóstico.[18, 19]

En este tipo de DMAE también debemos realizar diagnóstico diferencial no solo con las mismas patologías que en la DMAE seca, sino también con otras que puedan ser causa de NVC como puedan ser: síndrome de presunta histoplasmosis ocular, drusas del nervio óptico, degeneración miópica, distrofias retinianas, estrías angioides, coroidopatías inflamatorias o rotura coroidea traumática.[17]

Pese a que a largo plazo no se conoce del todo su pronóstico, los resultados que hay hasta el momento no suelen ser muy buenos y de esta manera su pronóstico tampoco. Su evolución es rápida pudiendo incluso perder la visión central en días. Tras el tratamiento se pueden encontrar recidivas o simplemente no se haya resuelto nada. Si la afectación es unilateral, las posibilidades de que el otro ojo se vea afectado son de un 4-12 %.[17]

Evaluación

Tanto en la DMAE seca como en la húmeda hay que realizar una evaluación para ver el curso de la enfermedad. En esta avaluación se realizará una anamnesis, una exploración ocular completa que incluya rejilla de Amsler así como examen de fondo de ojo. También se empleará la angiografía de fluoresceína, la de verde de indiocianina y la tomografía de coherencia óptica (estas dos últimas sobre todo para la DMAE húmeda), de las cuales se hablará más adelante.[17]

CAPÍTULO 3

PLAN DE CUIDADOS ESTANDARIZADO PARA EL PACIENTE CON DEGENERACIÓN MACULAR ASOCIADA A LA EDAD

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

(00126) CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (especificar)[24,25,26]

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	• Comportamientos exagerados. • Seguimiento inexacto de las instrucciones. • Realización inadecuada de las pruebas. • Comportamientos inapropiados. • Informa del problema. • Otros (especificar)

NOC	**INDICADORES**
(1808) Conocimiento: medicación	(180802) Declaración del nombre correcto de la medicación. (1-5) (180819) Efecto terapéutico de la medicación. (1-5) (180820) Efectos adversos de la medicación. (1-5)
(1814) Conocimiento: procedimiento terapéutico	(181401) Procedimiento terapéutico. (1-5) (181402) Propósito del procedimiento. (1-5) (181403) Pasos del procedimiento. (1-5)
(1803) Conocimiento: proceso de la enfermedad	(180302) Proceso de la enfermedad. (1-5) (180306) Signos y síntomas de la enfermedad. (1-5) (180307) Curso habitual de la enfermedad. (1-5)
(1802) Conocimiento: dieta	(180201) Dieta recomendada. (1-5) (180203) Ventajas de seguir la dieta recomendada. (1-5)
NIC	**ACTIVIDADES**
(2380) Manejo de la medicación	• Determinar los fármacos necesarios y administrar de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. • Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. • Revisar periódicamente con el paciente y/o familia los tipos y dosis de medicamentos tomados. • Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. • Enseñar al paciente y/o familia el método de administración de los fármacos, así

	como la acción y los efectos secundarios esperados, si procede.
(2300) Administración de medicación	• Seguir los cinco principios de la administración de medicación. • Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos. • Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos. • Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos si procede. • Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco. • Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes dela administración de los medicamentos, si lo requiere el caso. • Ayudar al paciente a tomar la medicación. • Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas. • Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación. • Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados. • Registrar la administración de medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución.
(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad	• Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, según cada caso. • Describir los signos y síntomas comunes de la enfermedad, si procede. • Describir el proceso de la enfermedad, si procede. • Evitar las promesas tranquilizadoras. • Discutir las opciones de terapia/tratamiento. • Reforzar la información suministrada por los otros miembros del equipo de cuidados, si procede.
(5618) Enseñanza: procedimiento/ tratamiento	• Informar al paciente/ser querido acerca de cuándo y dónde tendrá lugar el procedimiento/tratamiento, si procede. • Informar al paciente/ser querido acerca de la duración esperada del procedimiento/tratamiento. • Informar al paciente/ser querido sobre la

	persona que realizará el procedimiento/tratamiento. • Explicar el propósito del procedimiento/tratamiento. • Obtener/ ser testigo del consentimiento informado del paciente del procedimiento/tratamiento de acuerdo con la política del centro, si procede. • Presentar al paciente al personal implicado en el procedimiento/tratamiento, si procede. • Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados, según corresponda. • Discutir tratamientos alternativos, si procede. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntasy discuta sus inquietudes.
(5614) Enseñanza: individual	• Determinar las necesidades de enseñanza del paciente. • Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente. • Determinar la secuencia de presentación de la información. • Seleccionar los materiales educativos adecuados. • Corregir las malas interpretaciones de la información, si procede. • Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
(5616) Enseñanza: medicamentos prescritos	• Informar al paciente tanto del nombre genérico como del comercial de cada medicamento. • Enseñar al paciente a reconocer las características distintivas del (de los) medicamento(s), si procede. • Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento. • Reconocer el conocimiento del paciente sobre las medicaciones. • Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos él mismo. • Instruir al paciente acerca de los posibles efectos adversos de cada medicamento. • Instruir al paciente sobre cómo seguir las prescripciones, si procede.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

(00148) TEMOR [24, 25, 26]

FACTORES RELACIONADOS	• Respuesta aprendida. • Falta de familiaridad con la (s) experiencia (s) del entorno. • Deterioro sensorial. • Otros (especificar).
CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	• Manifestación de inseguridad, miedo o inquietud. • Reconoce el origen del miedo. • Centra la atención en el objeto del miedo. • Conductas de alerta y evitación. • Otros (especificar).

NOC	**INIDCADORES**
(1210) Nivel de miedo	(121005) Inquietud. (1-5) (121014) Preocupación por los sucesos vitales. (1-5) (121031) Temor verbalizado. (1-5) (121029) Abandono. (1-5) (121004) Falta autoconfianza. (1-5) (121030) Conducta de evitación. (1-5) (121003) Irritabilidad. (1-5) (121026) Incapacidad para dormir. (1-5) (121032) Lloros.(1-5)
(1404) Autocontrol del miedo	(140403) Buscar información para reducir el miedo. (1-5) (140415) Mantiene el sentido del propósito a pesar del miedo. (1-5) (140407) Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo. (1-5)
NIC	**ACTIVIDADES**
(4920) Escucha activa	• Mostrar interés en el paciente. • Hacer preguntas o utilizar frases que animen a expresar pensamientos, sentimientos y preocupaciones. • Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. • Escuchar por si hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación. • Identificar los temas predominantes. • Calcular la respuesta de forma que

	refleje la comprensión del mensaje recibido. • Aclarar el mensaje mediante el uso de preguntas y retroalimentación.
(5602) Enseñanza: proceso de enfermedad	
(5880) Técnica de relajación	• Mantener el contacto visual con el paciente. • Mantener la calma de una manera deliberada. • Sentarse y hablar con el paciente. • Reafirmar al paciente en su seguridad personal. • Administrar medicamentos ansiolíticos, si fuera necesario. • Instruir al paciente sobre métodos que disminuyan la ansiedad, si procede.
(5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento	•
(5820) Disminución de la ansiedad	• Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad. • Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento. • Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. • Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. • Escuchar con atención. • Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del suceso que se avecina. • Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente. • Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación. • Administrar medicamentos que reduzcan al ansiedad, si están prescritos.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

(00155) RIESGO DE CAÍDAS[24, 25, 26]

FACTORES DE RIESGO	Dificultades visuales y falta de medidas de seguridad en casa.

NOC	**INDICADORES**
(1910) Ambiente seguro en el hogar	(191027) Provisión de iluminación exterior.(1-5) (191028) Provisión de iluminación interior. (1-5) (191032) Espacio para desplazarse con seguridad por la vivienda. (1-5) (191002) Colocación de pasamanos. (1-5) (191013) Reorganización del mobiliario para reducir riesgos. (1-5)
(1909) Conducta de prevención de caídas	(190903) Colocación de barreras para prevenir caídas. (1-5) (190905) Colocación de pasamanos si es necesario. (1-5) (190915) Uso de barandillas para agarrarse. (1-5) (190914) Uso de alfombrillas de baño de goma en la bañera o ducha. (1-5) (190910) Uso de zapatos con cordones bien ajustados. (1-5) (190901) Uso correcto de dispositivos de ayuda. (1-5) (190918) Uso de gafas oculares. (1-5) (190902) Provisión de ayuda personal. (1-5) (190919) Uso de medios de traslado seguros. (1-5) (190922) Proporcionar la iluminación adecuada. (1-5) (190909) Uso de taburetes/escaleras seguros. (1-5) (190906) Eliminación de objetos, derramamientos y abrillantadores en el suelo. (1-5) (190907) Fijación de alfombras. (1-5) (190916) Inquietud controlada. (1-5)
NIC	**ACTIVIDADES**
(5614) Enseñanza: individual	
(6486) Manejo ambiental: seguridad	• Identificar los riesgos respecto de la seguridad en el ambiente.

	• Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos. • Disponer dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad del ambiente. • Ayudar al paciente a construir un ambiente más seguro.
(6490) Prevención de caídas	• Identificar las características del ambiente que puedan aumentar las posibilidades de caídas. • Proporcionar dispositivos de ayuda. • Animar al paciente a utilizar el bastón o andador, si procede. • Enseñar al paciente a utilizar el bastón o andador, si procede. • Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si lo precisa.
(6654) Vigilancia: seguridad	• Vigilar el ambiente para ver si hay peligro potencial para su seguridad. • Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente. • Proporcionar el nivel adecuado de supervisión/vigilancia para vigilar al paciente y permitir acciones terapéuticas, si es necesario. • Poner en marcha y mantener el estado de precaución para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente de cuidados.

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

- CP: Desprendimiento del epitelio pigmentario (EP).[21]
- CP: Desgarro del epitelio pigmentario retiniano (EPR).[21]
- CP: Hemorragia subrretiniana masiva.[21]
- CP: Pliegues coriorretinianos radiales.[21]
- CP: Hemorragia vítrea.[21]
- CP: Cicatriz fibrovascular en mácula.[21]
- CP: Ceguera.[21]

OBJETIVOS DE ENFERMERÍA

- Detectar signos y síntomas de inestabilidad fisiológica, tanto en lo que respecta a la evolución del estado del paciente, como a los efectos de pruebas diagnósticas y tratamientos.

- Consultar con el médico para obtener las intervenciones apropiadas.

- Ejecutar de forma segura las órdenes y protocolos médicos para controlar o reducir la gravedad del hecho.

INTERVENCIONES INTERDEPENDIENTES

(RELACIONADAS CON LA PRESCRIPCIÓN MÉDICA)

-Pruebas diagnósticas

- Angiografía con fluoresceína.[18]
- Angiografía con verde de indocianina.[18]
- Tomografía de coherencia óptica.[18]
- Rejilla de Amsler .[17]
- Biomicroscopio.[17]

-Tratamiento DMAE seca

- **Suplementos:**La toma regular de vitaminas y antioxidantes (vitamina B, C, Beta-caroteno, zinc y cobre) hace que disminuya el riesgo de que la enfermedad avance. Sin embargo hay que tener cuidado con los Beta-carotenos en los fumadores y ex fumadores ya que aumenta el riesgo de padecer cáncer de pulmón. Con las altas concentraciones de zinc se puede desarrollar problemas genitourinarios. Cabe destacar a su vez lo beneficioso que es la toma de verduras de hoja verde como mecanismo preventivo. También hay estudios que demuestran los beneficios de la luteína y zeaxantina.[18]

-Tratamiento DMAE húmeda

- **Terapia fotodinámica (TFD)**: Se inyecta por vía endovenosa un fotosensibilizante, en este caso la Verteporfina, el cual es captado por células en mitosis, es decir, las células del tejido neovascular que se está formando. La dosis que se inyecta es de 6 mg/kg. A los cinco minutos de la inyección, se aplica un láser no térmico durante ochenta y

tressegundos sobre el tejido neovascular. Este tipo de terapia, trata selectivamente el tejido, de esta manera, sirve como tratamiento dela neovascularización coroidea subfoveal (en NVC clásica), pudiendo conservar el tejido sano. Sus efectos secundarios son: reacción en el punto de inserción, molestias lumbares, disminución de la visión y sensibilidad a la luz.[18]

- **Terapia antiangiogénica:** [18]

-Corticoides intravítreos: se pueden emplear solos o con TFD. Producen mejorías a corto plazo pero son transitorias. Originan numerosas complicaciones como hipertensión ocular o cataratas.[18]

-Antigénicos (anti VEGF) intravítreos: Se trata del tratamiento de elección para la DMAE húmeda en la actualidad.[18]

- **Cirugía:** [18]

-Cirugía submacular: Extirpación del vítreo, retinotomía y eliminación de la neovascularización subfoveal.[18]

-Translocación macular: Alejamiento de la fóvea de la neovascularización. Es complejo y aún se encuentra en evolución.[18]

-Desplazamiento neumático: Inyección de gas en la cavidad vítrea. Además se mantendrá al paciente en decúbito prono y así se moverá lo que es la hemorragia quedando alejada de la fóvea.[18]

INTERVENCIONES INDEPENDIENTES

NIC (6650) Vigilancia[26]

Actividades:

1.- Determinar los riesgos del paciente.

2.- Facilitar la reunión de pruebas de diagnóstico.

3.- Interpretar los resultados de pruebas de diagnóstico.

4.- Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes.

5.- Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías y deterioros en la condición del paciente.

6.- Iniciar y/o cambiar el tratamiento para mantener los parámetros del paciente dentro de los límites ordenados por el médico mediante los protocolos establecidos.

7.- Consultar con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de terapia médica.

8.- Establecer el tratamiento adecuado.

9.- Analizar las órdenes médicas junto con el estado del paciente para garantizar la seguridad del mismo.

NIC (2300) Administración de medicación[26]

Actividades:

1.-Seguir los cinco principios de la administración de medicación.

2.-Observar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.

3.-Desarrollar y utilizar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.

4.-Tomar nota de las alergias del paciente antes de la administración de cada fármaco y suspender los medicamentos si procede.

5.-Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.

6.-Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes dela administración de los medicamentos, si lo requiere el caso.

7.-Ayudar al paciente a tomar la medicación.

8.-Administrar la medicación con la técnica y vía adecuadas.

9.-Instruir al paciente y a la familia acerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.

10.-Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.

11.-Registrar la administración de medicación y la capacidad de respuesta del paciente, de acuerdo con las guías de la institución.

REFLEXIONES

A lo largo de la historia los enfermeros han sido el foco central del sistema de atención a la salud. Está claro que el ejercicio de la profesión enfermera ha sufrido una metamorfosis que ha ido desde el mero cumplimiento de órdenes médicas, hasta alcanzar el conocimiento científico sobre el que apoyar su práctica profesional, permitiéndole la inmersión en el campo de la investigación.

El proceso enfermero debe ser la primeraherramienta que las enfermeras tienen que aprender para "pensar como una enfermera". Este recurso proporcionará la guía práctica necesaria para comprender y aplicar cada fase del proceso enfermero, haciendo énfasis en el desarrollo, tanto del pensamiento crítico como de las habilidades de razonamiento clínico.

En los últimos tiempos, el sistema de atención sanitaria ha sufrido muchos cambios. Esto ha llevado a que los enfermeros se enfrenten a más responsabilidades. Para eso es necesario que se planifiquen y documenten los cuidados que se prestan, no sólo por razones clínicas, tratando de satisfacer las necesidades de los usuarios a los que atienden, sino, también, por motivos legales y económicos. En este sentido, los sistemas de planificación de cuidados estándar permiten a la enfermera identificar una serie de problemas que se dan típicamente ante un diagnóstico médico o proceso vital determinado. Están dirigidos a proporcionar un método eficiente que detalle las intervenciones genéricas de enfermería previstas ante esa situación, pero no pueden sustituir a las intervenciones individualizadas necesarias, ni centrarse exclusivamente en los problemas predecibles, olvidándose de los problemas adicionales que puedan presentarse.

Se debe abrir un área de reflexión para poder transformar el concepto y la praxis enfermera aún mucho más lejos de lo que se puede apreciar hasta el día de hoy. Sin duda, tanto a la profesión enfermera, como a la planificación de cuidados todavía les queda un desafío muy exigente, pero, a la vez, apasionante. Aún queda mucho camino que recorrer.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Carpenito LJ. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería: diagnósticos enfermeros y problemas en colaboración. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana; 2005.
2. Wesorick B. Estándares de calidad para cuidados de enfermería. Barcelona: Doyma Enfermería; 1993.
3. Carpenito LJ. Manual de diagnósticos de enfermería. 4ª ed. Madrid: Interamericana McGraw Hill; 2002.
4. Pardo IC, Varona DG, Idelisa D. Degeneración macular relacionada con la edad. AMC. 2008; 12(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1025-02552008000200016&script=sci_arttext

5. Verdaguer J. Degeneración macular relacionada a la edad. Rev Med Clin Condes. 2010; 21(6): 949-955.
6. Díaz-Llopis M, Cervera E, García-Delpech S, Udaondo P, Salom D, Montero J. Rejilla de Amsler versus optotipo de visión próxima y de lectura: autodiagnóstico precoz de la DMAE neovascular Amsler grid versus near acuity and reading vision chart: early self-diagnosis in neovascular AMD. Arch Soc Esp Oftalmol. 2008; 83(10). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0365-66912008001000003&script=sci_arttext

7. Barquet LA. Epidemiologia, etiopatogenia y factores de riesgo de la DMAE. Jano. 2003; 64(1462): 30-34.
8. Hitchman BD, Mier de Armas M, Rodríguez MS. Rehabilitación óptica en la degeneración macular relativa a la edad. Revista Cubana de Oftalmología. 2002; 15(2). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762002000200005

9. Luis Rodrigo MT, Fernández FC, Navarro GMV. De la teoría a la práctica: el pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
10. Fernández FC, Garrido AM, Santo Tomás PM, Serrano PMD. Enfermería fundamental. 1ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
11. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: guía paso a paso. 4ª ed. Barcelona: Masson; 2002.
12. Doenges ME, Moorhouse MF, Murr AC. Planes de cuidados de enfermería. 7ª ed. México: McGraw-Hill; 2008.
13. Guerra CE, Pozo ME, Álvarez ML, Llanoaz MR. El proceso de atención de enfermería y la formación de profesionales. Educación Médica Superior. 2001; 15(1):30-38. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-21412001000100004&script=sci_arttext&tlng=pt

14. Alfaro-Lefevre R. Aplicación del proceso enfermero: guía práctica. 3ª ed. Madrid: Mosby/Doyma Libros, D. L.; 1996.
15. Carpenito LJ. Diagnósticos de enfermería: aplicaciones a la práctica clínica. 4ª ed. Madrid: McGraw-Hill, Interamericana de España; 2003.
16. Kozier B. Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica. 4ª ed. Madrid: Interamericana, McGraw-Hill, D.L; 1993.
17. Kanski JJ. Oftalmología clínica. 6ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2009.
18. Friedman NJ, Kaiser PK, Pineda R. Manual ilustrado de oftalmología. 3ª ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2010.
19. Spalton DJ, Hitchings RA, Hunter PA. Atlas de oftalmología clínica. 3a ed. Madrid: Elsevier; 2006.
20. Rigo OE. Maculopatía asociada a la edad: aspectos clínicos en el manejo de los anti-VEGF [tesis doctoral]. Palma de Mallorca: Universidad autónoma de Barcelona, departamento de cirugía; 2012.

21. Quillen DA, Blodi BA. Retina. Madrid: Marbán; 2005.
22. Ruiz M J, Arias BL, Armadá MF, Boixadera EA, García LA, Gómez UF, et al. Guías de práctica clínica de la SERV: Tratamiento de la degeneración macular asociada a la edad (DMAE) exudativa. Arch Soc Esp Oftalmol. 2009; 84(7):333-344. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0365-66912009000700004&script=sci_arttext
23. Gallego PR, Gregoria EE, Martíneza JA, Alonso LS, Micód AT, Martíe RV, et al. Hacia la nueva clasificación de la degeneración macular asociada a la edad basada en la tomografía de coherencia óptica de dominio espectral. Arch Soc Esp Oftalmol. 2010; 85(2):247-252. Dsiponible en: http://zl.elsevier.es/es/revista/archivos-sociedad-espanola-oftalmologia-296/articulo/hacia-nueva-clasificacion-degeneracion-macular-90145615
24. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación. Ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
25. Moorhead S, Johnson M, Maas ML, Swanson E. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.
26. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey J. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC. 5ª ed. Barcelona: Elsevier; 2009.