

PLAN DE CUIDADO FASE CRÓNICA

Bordell Saez I.

Supervisora de Enfermería de Planta de Traumatología y UVI

La rehabilitación del paciente con lesión medular comienza en el momento de su ingreso en el hospital, sin embargo, una vez que el paciente ha superado la fase aguda, la asistencia se centra en aumentar la actividad, la tolerancia a la movilidad, el fomento de las actividades de autocuidado y la educación al paciente y a su familia.

Durante este periodo de rehabilitación el paciente se verá arropado por un equipo multidisciplinar constituido fundamentalmente por médicos rehabilitadores, psicólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, auxiliares de enfermería y enfermeras, que juntos trabajaremos por un fin común: conseguir reducir al máximo las secuelas debidas a la lesión, para que el paciente alcance la mayor independencia posible, así como tratar de evitar las posibles complicaciones que puedan seguir apareciendo.

En esta fase es cuándo realmente el paciente comienza a ser consciente de sus limitaciones y nosotros debemos conseguir estimularle para alcanzar los objetivos establecidos.

Hay que tener en cuenta que el paciente se enfrenta a una enorme incapacidad que durará toda la vida y por lo tanto va a requerir vigilancia constante. Por otro lado, no podemos olvidar, que con el paso de los años a estos pacientes hay que sumarles los mismos problemas médicos que el resto de la población cuando envejece.

VALORACIÓN INICIAL

La valoración al inicio de esta fase crónica, se va a basar fundamentalmente en el estado general del paciente, observación en busca de complicaciones y acercarnos al paciente para lograr una buena relación que nos permita trabajar juntos para conseguir el objetivo planteado.

Datos subjetivos

- Averiguar qué conocimientos posee el paciente acerca de la lesión y del futuro.
- Conocer el nivel de dolor.
- Observar manifestaciones de alteraciones, sensaciones, etc.

Datos objetivos

- Valoración del estado respiratorio.
- Alineación corporal.
- Vigilancia hemodinámica.
- Observar posible pérdida de continuidad de la piel.
- Estado de distensión abdominal/vesical. Valoración de ruidos hidroaereos.

PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

- Radiografías de control, para valorar alineación y fijación vertebral.
- Urocultivos de control.
- Ecografías renales y vesicales.
- Analíticas de sangre y orina.

Como en fases anteriores, desde el punto de vista de enfermería podemos definir problemas añadidos y diagnósticos de enfermería.

DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA

RIESGO DE LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS RESPIRATORIAS EN RELACIÓN CON AUMENTO DE LAS SECRECIONES SECUNDARIO A TRAQUEOSTOMIA/ INMOVILIDAD

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Tos ineficaz.
- Incapacidad para eliminar las secreciones de las vías aéreas.
- Sonidos respiratorios anormales.

OBJETIVO:

- El paciente presentará limpias y permeables las vías aéreas.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Elevar la cabecera de la cama entre 30 y 40 grados.
- Estimular al paciente para que tosa regularmente.
- Fisioterapia respiratoria.
- Mantener el ambiente humidificado.
- Realizar aspiración si es necesario (ver protocolo).
- Mantener un buen estado de hidratación.
- Mantener un buen cuidado de la traqueotomía (ver protocolo).

RIESGO DE DISREFLEXIA, RELACIONADO CON LA ESTIMULACION REFLEJA DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO POR DEBAJO DEL NIVEL DE LA LESION MEDULAR, SECUNDARIO A LA PERDIDA DEL CONTROL AUTONOMO.

Como hemos visto anteriormente, es una urgencia aguda, que ocurre como resultado de respuestas autónomas exageradas a estímulos que son inocuos en pacientes sin lesión.

En esta fase la tratamos como un diagnóstico de enfermería, debido a que con nuestras actividades deberíamos poder solucionar el problema cuando surge, pero si no es así, se necesita la presencia urgente de un facultativo, para la administración de fármacos pasando en este momento a ser un problema añadido.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- Paciente con lesión medular a nivel T7 o superior con:
- Hipertensión paroxística (tensión arterial elevada periódicamente y de forma repentina con sistólica superior a 140 mmHg y diastólica superior a 90 mmHg).

- Bradicardia o taquicardia.
-
- Sudoración profusa por encima de la lesión.
 - Manchas rojas en la piel por encima de la lesión.
 - Palidez por debajo de la lesión.
 - Cefalea (un dolor difuso en diferentes zonas de la cabeza y no limitado a ninguna zona).
-
- Además puede presentarse
 - Escalofríos.
 - Conjuntivitis.
 - Síndrome de Horner (contracción pupilar, ptosis parcial de los párpados, endoftalmo y en ocasiones pérdida de la sudoración en el lado afectado de la cara).
 - Parestesias.
 - Reflejo pilomotor.
 - Visión borrosa.
 - Dolor torácico.
 - Sabor metálico en la boca.
 - Congestión nasal.

OBJETIVO

- El paciente y la familia deberán:
- Explicar los factores que causan la disreflexia.
- Describir el tratamiento para la disreflexia.
- Saber cuando de debe aplicar un tratamiento de urgencia.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA.

- Valorar la presencia de factores causales o concurrentes:
 - Intestino:
 - Estreñimiento.
 - Fecalomas.
-
- Vejiga:
 - Distensión vesical.
 - Cálculos urinarios.
 - Infecciones.
-
- Estimulación cutánea:
 - Ropa, sábanas.
 - Lesiones cutáneas.
 - Temperaturas extremas.
-
- Infección
 - En relación con el tratamiento:
 - Extracción de fecalomas.
 - Sonda obstruida.
 - Incisión quirúrgica.
 - Si aparecen signos de disreflexia, elevar la cabecera de la cama y eliminar el estímulo nocivo.
 - Distensión vesical

- Comprobar la distensión vesical.
- Si está sondado:
 - Comprobar que la sonda no este comprimida o acodada.
 - Hacer lavado vesical con 30 ml de suero salino.
 - Cambiar la sonda si no está permeable.
- Si no está sondado:
 - Sondar al paciente y dejar salir 500ml, después pinzar durante quince minutos, repetir el ciclo hasta que este vacía la vejiga.
- Fecalomas:
 - Aplicar lubricante y hacer tacto rectal con guante también lubricado, después extraer suavemente el fecaloma.
- Irritación de la piel:
 - Aplicar sobre la zona de la piel que está desencadenando la disreflexia spray con anestésico tópico, si está indicado.
- Seguir controlando la tensión arterial cada cinco minutos.
- Avisar al médico para tratamiento farmacológico si no se eliminan los síntomas o el estímulo nocivo.
- Iniciar la educación sanitaria y la facilitación de recursos:
 - Enseñar los signos, síntomas y el tratamiento al paciente y a la familia. (foto 1 fase crónica)
 - Enseñar cuando esta indicada una intervención médica de urgencia.
 - Explicar las situaciones que pueden desencadenar una disreflexia.
 - Enseñarle a detectar los primeros signos.

ELIMINACIÓN:

Una vez pasada la fase inicial postraumática aguda de parálisis vesical se instaura una cierta actividad involuntaria vesical, teniendo en cuenta el nivel, el tipo y el grado de la lesión podemos establecer de alguna forma el tipo de vejiga neurógena que va a presentar el paciente.

Vejiga neurógena refleja o automática, vejiga neurógena arrefléxica o autónoma y vejiga mixta.

INCONTINENCIA REFLEJA RELACIONADA CON UN CONOCIMIENTO INSUFICIENTE DE LOS MECANISMOS DESENCADENANTES

Vejiga neurógena refleja o automática es la vejiga capaz por si sola de poner en marcha el reflejo de micción, provocando la emisión de orina la exterior, así de forma automática, sin ningún control cerebral se desencadena la micción de forma incontrolada e involuntaria se puede producir únicamente con ciertas cantidades de orina.

Características definitorias:

- Lesión medular por encima de T12.
- Pérdidas involuntarias de orina.

Objetivo:

- El paciente deberá informar de:
 - No presentar pérdidas de orina.
 - Volumen residual inferior a 50ml.
 - Conocer los desencadenantes para iniciar una micción refleja.

Actuaciones de enfermería:

- Desarrollar una reeducación de la vejiga:
 - Promover la comunicación entre el personal sanitario la familia y el paciente.
 - Proporcionar información veraz del problema y sus posibles soluciones.
 - Explicarle en que va a consistir la reeducación de la vejiga e concienciarle de la importancia de su implicación.
 - Valorar la capacidad del paciente para comprender el plan a desarrollar (conocimientos, deseo de cambiar de conducta, participación, etc.)
 - Valorar el patrón de micción:
 - Control de ingesta y diuresis.
 - Cantidad de retención de orina.
 - Cantidad de orina residual.
 - Cantidad de orina expulsada tras maniobras de estimulación.
- Programa de ingesta de líquidos y micción:
 - Proporcionar una ingesta de líquidos de unos 2000ml, al día, si no está contraindicado.
 - Evitar tomar líquidos después de las 19 horas.
 - Programa de sondaje vesical intermitente (ver protocolo).
- Enseñar las técnicas de estimulación vesical:
 - Golpeteo suprapúbico rápido y ligero.
 - Realizar la estimulación hasta que comience a orinar.
 - Esperar un minuto y repetir la estimulación hasta que la vejiga se vacíe.
- Si esto no es eficaz;
 - Estimular la parte interior de los muslos.
 - Estimular el glande.
- Animarle para que realice esto cada tres horas.
- Comenzar con educación sanitaria:
 - Higiene perianal.
 - Indicios de infección urinaria.
 - Autosndajes vesicales limpios.
 - Sondajes vesicales estériles realizados por un familiar.
 - Educar en hábitos de ingesta y diuresis.

RETENCIÓN URINARIA EN RELACION CON UN CONOCIMIENTO INSUFICIENTE DE LAS TÉCNICAS DE VACIADO DE LA VEJIGA.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

- Lesión medular que afecta a nivel sacro.
- Distensión vesical con micciones pequeñas frecuentes o goteo (incontinencia por sobreflujo).

OBJETIVO:

- El paciente deberá:
 - Vaciar la vejiga utilizando las maniobras de Valsalva, Credé o ambas, con una orina residual de menos de 50ml, si está indicado.
 - Orinar voluntariamente.
 - No tener pérdidas de orina.

ACTUACIONES DE ENFERMERÍA.

- Desarrollar una reeducación de la vejiga:
 - Promover la comunicación entre el personal sanitario la familia y el paciente.
 - Proporcionar información veraz del problema y sus posibles soluciones.
 - Explicarle en que va a consistir la reeducación de la vejiga e concienciarle de la importancia de su implicación.
 - Valorar la capacidad del paciente para comprender el plan a desarrollar (conocimientos, deseo de cambiar de conducta, participación, etc.)
 - Valorar el patrón de micción:
 - Control de ingesta y diuresis.
 - Cantidad de retención de orina.
 - Cantidad de orina residual.
 - Cantidad de orina expulsada tras maniobras de estimulación.
- Programa de ingesta de líquidos y micción:
 - Proporcionar una ingesta de líquidos de unos 2000ml, al día, si no está contraindicado.
 - Evitar tomar líquidos después de las 19 horas.
 - Programa de sondaje vesical intermitente si es preciso.(ver protocolo).
- Enseñar las técnicas de estimulación vesical:
 - Contracción abdominal y maniobra de Valsalva.
 - Debe continuar haciendo la maniobra de Valsalva hasta que deje de orinar
 - Maniobra de Credé.
 - Debe realizarlo hasta que se produzca el vaciado de la vejiga.
 - Maniobras de estimulación anal.
- Animarle a que realice estas técnicas, o una combinación de ellas, hasta que conozca cuál es más eficaz para el vaciado de la vejiga.
- Los volúmenes residuales no deben ser mayores de 100ml, de lo contrario se debería realizar SVI o ASVI

- Comenzar con educación sanitaria:
 - Higiene perianal.
 - Indicios de infección urinaria.
 - Autosndajes vesicales limpios.
 - Sondajes vesicales estériles realizados por un familiar.
 - Educar en hábitos de ingesta y diuresis.

EVACUACIÓN INTESTINAL

- El lesionado medular puede presentar en esta fase una incontinencia intestinal refleja, debida a la falta del control del esfínter por lesión por encima del nivel T11 o incontinencia intestinal arrefleja, por falta del control voluntario del esfínter por lesión medular que afecta al arco reflejo del sacro (S2- S3).
- A causa de una interrupción del arco reflejo sacro, y de un esfínter anal flácido, se puede producir incontinencia intestinal sin estimulación rectal.
- Las lesiones completas que se producen por encima del os segmentos sacros de la columna, dan como resultado un intestino neurogénico reflejo. Las señales ascendentes entre el centro del reflejo sacro y el cerebro se interrumpen, dando como resultado incapacidad para sentir la necesidad de defecar. También se interrumpen las señales motoras descendentes del cerebro, produciendo una perdida del control voluntario del esfínter anal. Como se mantiene el centro del reflejo sacro, es posible desarrollar un programa de evacuación intestinal con respuesta a la estimulación digital.

INCONTINENCIA FECAL RELACIONADO CON FALTA DE CONTROL DEL ESFÍNTER VOLUNTARIO.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

- Lesión medular por encima de T11 o afectación de arco reflejo sacro (S2-S4).
- Pérdida involuntaria del contenido intestinal.

OBJETIVO:

- El paciente deberá presentar un patrón de eliminación intestinal adecuado (cada 2 ó 3 días).

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

- Desarrollar una reeducación intestinal:
 - Promover la comunicación entre el personal sanitario y el paciente.
 - Proporcionar información veraz del problema y sus posibles soluciones.
 - Explicarle en que va a consistir la reeducación de la vejiga e concienciarle de la importancia de su implicación.
 - Valorar la capacidad del paciente para comprender el plan a desarrollar (conocimientos, deseo de cambiar de conducta, participación, etc.).
- Promover dieta equilibrada examinando las preferencias dietéticas y teniendo en cuenta intolerancias y/o alergias.
- Instaurar horarios regulares de comidas
- Estudiar hábitos anteriores a la lesión
- Elegir la hora mas adecuada para la evacuación intestinal

- Enseñarle maniobras que le ayuden en la evacuación intestinal
 - Si no se puede sentar en el inodoro colocar en la cama en decúbito lateral izquierdo.
 - Maniobra de Valsalva.
 - Inclinar hacia delante.
 - Masaje abdominal.
- Proporcionar intimidad.
- Ayudarlo en la higiene.
- Iniciar educación sanitaria según precise:
 - Educarlo en una buena higiene alimentaria:
 - Rica en fibra.
 - Aumentar la ingesta de líquidos si no está contraindicado.
 - Estimularle en la realización de una actividad física y ejercicios adaptados a su patología.
 - Explicarle los signos y síntomas de los fecalomas, y el estreñimiento, y el riesgo de disreflexia.

MOVILIDAD –ACTIVIDAD

MOVILIDAD FISICA DETERIORO DE, RELACIONADO CON PERDIDA DE CONTROL MOTOR

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

- Compromiso de la capacidad para moverse intencionadamente dentro del entorno.
- Limitación en la amplitud de movimientos.
- Disminución de control
- Deterioro de la coordinación.

OBJETIVO

- El paciente mostrará medidas que aumenten la movilidad.
- El paciente es capaz de movilizarse, dentro de sus posibilidades en la cama. Disminuyendo las zonas de presión.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Fomentar el mayor nivel de movilidad. Proporcionar dispositivos tales como triángulos o barras laterales, para facilitar el movimiento independiente, siempre que sea posible.
- Fomentar una óptima circulación mientras está encamado.
 - Si el paciente no puede moverse, realizarle cambios posturales cada dos o cuatro horas.(aplicar protocolo)
 - Mantener la alineación del cuerpo, y posturas anatómicas.
 - Examinar prominencias óseas en cada cambio postural. Si las áreas enrojecidas no desaparecen transcurridos treinta minutos del cambio postural, hacer cambios posturales con mayor frecuencia.
 - Dar suaves masajes alrededor de las prominencias óseas. No dar masaje en las zonas enrojecidas.

PIEL-MUCOSAS

DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO/HIGIENE/VESTIRSE RELACIONADO CON DÉFICIT NEUROMUSCULAR

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

- Incapacidad para lavarse todo el cuerpo o partes de él.
- Deterioro de la capacidad para ponerse o quitarse prendas de vestir necesarias.

OBJETIVO:

- El paciente aumentará su capacidad para asearse y vestirse, aprendiendo a utilizar aparatos de adaptación, si fueran precisos, mostrando una satisfacción e independencia a pesar de las limitaciones.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

- Se valorara los factores causales.
- El personal de enfermería animará y enseñará al paciente a que realice los planes de autohigiene en función de la vida diaria.
- Le enseñará que la capacidad de autocuidado produce independencia y percepción positiva de si mismo, aumentando así la autoestima.
- Se le proporcionará la oportunidad para adaptarse, fomentando la independencia mediante la práctica continua y disminuyendo la ayuda progresivamente.
- Se le proporcionará el equipo y se lo pondremos a su alcance.
- Se le enseñará a que utilice un espejo durante el baño para examinar la piel, de todo el cuerpo en busca de zonas enrojecidas.
- Le dejarán el suficiente tiempo para realizar los autocuidados ya que pueden ser tareas cansadas y difíciles.
- Aconsejarle ropa suelta, con perneras anchas y que se abrochen por delante. En caso de pacientes tetraplégicos, sustituir las cremalleras y botones por velcros, siempre que sea posible
- Se le proporcionarán así mismo todas las facilidades existentes para conseguirlo.
- Educación al paciente y a la familia:
 - Enseñarles los aparatos y técnicas de adaptación propias para este tipo de lesiones: silla de ruedas para la ducha, barras para agarrarse a las paredes del baño, etc.
 - Ponerle en contacto con otros profesionales, que les asesorarán sobre posibles adaptaciones en el cuarto de baño de su domicilio, equipo domiciliario.

RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA RELACIONADO CON LOS EFECTOS DE LA PRESIÓN, FRICCIÓN Y MACERACIÓN.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

- Presencia de factores de riesgo como:
 - Factores mecánicos (presión), inmovilidad física, excreciones/secreciones, humedad.
 - Factores somáticos: alteración de la sensibilidad, prominencias óseas.

OBJETIVO:

- El paciente sabrá identificar y prevenir los factores causales de úlceras por presión.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

Actuaciones de enfermería:

- Identificar al paciente como persona con riesgo de desarrollar una úlcera por presión, debido a la pérdida de sensibilidad.
- Reducir los factores concurrentes para disminuir la posibilidad de que se desarrolle una úlcera.
 - Incontinencia:
 - En esta fase no debería existir, pero aún así controlar a la persona por si hubiera incontinencia, mantener al paciente limpio y seco.
 - Inmovilidad:
 - Realizar y enseñar al paciente y/o familia a realizar cambios posturales cada 4 horas.
 - Se debe aumentar la frecuencia de los cambios posturales, si hay zonas enrojecidas que no desaparezcan después de dejar de ejercer presión sobre ellas.
 - Estimular al paciente para que realice pulsaciones en la silla cada 30 minutos.
 - Alternar o reducir la presión de la piel con colchones antiescaras y almohadas.
 - Sensibilidad:
 - Inspeccionar la piel del paciente en cada cambio, ya que no experimentará molestias.
 - Aconsejarle al paciente la ropa y calzado que debe usar, será ropa suelta, que no le comprima en ninguna zona donde no tenga sensibilidad, los zapatos le deben quedar holgados, para que no le produzcan roces.
 - Educarlo para que no se sitúe cerca de fuentes de calor
- Vigilar prominencias óseas
- Enseñar al paciente y/o familia factores de riesgo.

SEGURIDAD FISICA Y PSIQUICA

Complicaciones sexuales

En esta etapa el paciente comienza a tener inquietudes en cuanto a su patrón sexual, así la actividad sexual se puede convertir en una gran preocupación. La función sexual es bastante variable y depende de la magnitud de la lesión.

Un hombre con lesión medular elevada, puede perder las funciones de la erección, la sensibilidad y la capacidad de orgasmo, pero puede experimentar erecciones reflejas mediante estímulos cutáneos. El mantenimiento de esa erección dependerá de la estimulación repetida del arco reflejo afectado.

Las mujeres suelen perder la sensibilidad por debajo del nivel de la lesión, pero pueden mantener relaciones sexuales.

Las opciones sexuales que existen para personas con lesión medular están influidos por sistemas de valores sexuales, la actividad sexual anterior, la fuerza en las extremidades superiores, la presencia de extensores y de cadera, la existencia de dispositivos y la disponibilidad de pareja.

ALTERACION DE LOS PATRONES SEXUALES DEBIDO A LOS EFECTOS FISIOLÓGICOS, SENSORIALES Y PSICOLÓGICOS DE LA INCAPACIDAD SOBRE LA ACTIVIDAD SEXUAL Y EL CONCEPTO DE UNO MISMO.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS:

- Manifestación de la existencia de un problema.
- Limitaciones reales impuestas por la enfermedad.
- Incapacidad para lograr un nivel de satisfacción deseado.

OBJETIVO:

- El paciente informará de la vuelta a relaciones sexuales satisfactorias.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA:

- Detectar cualquier indicio de que el paciente desea información o quiere hablar sobre los problemas sexuales.
- Valorar los factores causales o concurrentes.
- Valorar los patrones sexuales anteriores.
- Proporcionar un clima de confianza con el paciente y su pareja.
- Proporcionar información detallada sobre el efecto del lesión medular en la actividad sexual, con una información veraz podemos evitar falsas esperanzas.
- Estimular conversaciones de pareja sobre las inquietudes sexuales, seguro que los dos tienen temores y preocupaciones sobre estos aspectos.
- Comentar métodos alternativos de satisfacción sexual, para el paciente y su pareja, teniendo en cuenta las experiencias sexuales anteriores.
- Informarles de que muchas veces los pacientes con lesión medular desarrollan hipersensibilidad en las zonas por encima del nivel de la lesión, como mamas, lóbulos de orejas o el cuello, lo que les va a permitir tener placer sexual.

- Antes de una relación sexual deben comprobar el estado de la vejiga y del intestino.
- Informarles que la mujer con lesión medular no tiene porque tener problemas en la fecundación por lo que deben utilizar métodos anticonceptivos si así lo desean.
- Informar de los métodos anticonceptivos más adecuados en cada caso.
- Enseñarles que la sexualidad es mucho más que el acto sexual.
- Animar al paciente a hablar con otras personas con la misma lesión para intercambiar información, proporcionarle bibliografía adecuada.
- Remitir al paciente y a su pareja a un especialista.

Complicaciones psicológicas
(foto 2 fase crónica)

ANSIEDAD RIESGO DE, R/C CON LOS EFECTOS QUE SE PERCIBEN, DEBIDOS A LA LESION, SOBRE EL ESTILO DE VIDA Y AL FUTURO INCIERTO.

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

- Características fisiológicas: aumento frecuencia cardiaca, aumento T.A., sudoración, insomnio, inquietud, etc.
- Características emocionales: aprensión, pérdida de control. Temor, nerviosismo, expectativas catastróficas, incapacidad para relajarse, etc.
- La persona se muestra: irritable, explosiones de enojo, llanto. Actitud crítica, etc.
- Características cognoscitivas: incapacidad para concentrarse, bloqueo de pensamiento, mala memoria, etc.

OBJETIVO

- El paciente compartirá sus sentimientos y temores.
- Comentaré sus sentimientos con sus allegados.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Dar al paciente oportunidades de compartir sus sentimientos y preocupaciones. Mantener un ambiente tranquilo y relajado, transmitir actitud imparcial y escuchara Atentamente. Identificar los sistemas de apoyo del paciente y los mecanismos de afrontamiento y sugerir alternativas, si es necesario.
- Explicar las consecuencias de su lesión y posibles secuelas, así como el tratamiento y el nuevo estilo de vida a seguir.
- Intentar que exista una continuidad en el personal que le atiende.
- Dar a los familiares o allegados oportunidades de expresar sus preocupaciones.
- Identificar al paciente con riesgo de adaptarse de forma insatisfactoria, buscando las siguientes características:
 - Un mal ego.
 - Ineficacia a la hora de resolver problemas.
 - Falta de motivación.
 - Foco de control externo. falta de sistemas de apoyo positivos.

DUELO, RC LA PERDIDA DE LA FUNCIÓN CORPORAL Y A LOS EFECTOS SOBRE EL ESTILO DE VIDA (LESION MEDULAR)

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

- El paciente:
 - informa sobre una pérdida real o percibida.
 - Reconoce la pérdida como personalmente justificada.
- Además puede aparecer:
 - Negación.
 - Culpabilidad
 - Enojo
 - Desesperación
 - Llanto
 - Astenia.
 - Ideas de suicidio
 - Sensación de inutilidad.

OBJETIVO

- El paciente:
 - Expresa su duelo.
 - Describe el significado de la pérdida.
 - Expresa su intención de comentar sus sentimientos con sus allegados.

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA. (fase crónica foto 3)

- Dar al paciente y a su familia oportunidades para expresar sus sentimientos, comentar la pérdida abiertamente y analizar el significado personal de la pérdida. Explicar que el duelo es una reacción sana y común.
- Fomentar el uso de estrategias de afrontamiento positivas que hayan sido útiles en el pasado.
- Animar al paciente a expresar características personales positivas.
- Poner en práctica medidas encaminadas a apoyar a la familia y fomentar su unión:
 - Ayudándoles a reconocer y aceptar las pérdidas.
 - Explicar el proceso de duelo.
 - Fomentar la exteriorización de los sentimientos
 - Permitir a los familiares participar en los cuidados de los pacientes.
- Fomentar la superación del duelo en cada una de las respuestas:
 - Negación:
 - Fomentar la aceptación de la situación, no reforzar la negativa con falsas esperanzas.
 - Dar esperanzas asegurando los cuidados, el bienestar y el apoyo.
 - Explicar el resto de la familia la actitud de negación de uno de los miembros.
 - No forzar a la persona a superar la negación hasta que no esté emocionalmente preparado.
 - Aislamiento:
 - Transmitir aceptación, fomentando la expresión de duelo.
 - Fomentar una comunicación abierta, franca, que estimule la participación.
 - Reforzar la valía del paciente, permitiendo una intimidad, cuando se desee.
 - Fomentar la socialización como algo posible.

- Depresión:
 - Reforzar la autoestima del paciente.
 - Utilizar empatía y reconocer el duelo.
 - Identificar el grado de depresión y desarrollar estrategias apropiadas.
- Cólera:
 - Explicar al resto de familiares que la cólera representa un intento de controlar el entorno, derivada de la frustración por la incapacidad de controlar la enfermedad.
 - Fomentar la exteriorización de la cólera.
- Culpa:
 - Reconocer la imagen personal expresada por la persona.
 - Fomentar la identificación de los aspectos positivos.
 - Evitar discutir y participar en el pensamiento del paciente.
- Temor:
 - Centrarse en el presente y mantener un entorno seguro.
 - Ayudar al paciente a analizar los motivos y significados del temor.
- Rechazo:
 - Tranquilizarle, explicándole lo que está sucediendo.
 - Explicar esta respuesta al resto de la familia.
- Histeria:
 - Reducir los factores estresantes del entorno.
 - Proporcionar un área segura y privada donde expresar el duelo.

DIFICULTAD PARA EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR, DEBIDA A LAS BARRERAS ARQUITECTONICAS

CARACTERISTICAS DEFINITORIAS

- Expresiones u observaciones de:
 - Dificultad en el mantenimiento de la limpieza del hogar.
 - Dificultad en el mantenimiento de un hogar seguro.
 - Incapacidad para sostener un hogar.
 - Falta de recursos económicos suficientes.

OBJETIVO

- El paciente y la familia:
 - Identificarán los obstáculos para el mantenimiento del hogar.
 - Identifican los recursos disponibles que ayuden con los cambios ambientales.
 - Identifican las modificaciones que puedan hacerse para reducir los obstáculos

ACTIVIDADES DE ENFERMERÍA

- Valorar los factores causales o concurrentes.
 - Falta de equipo o ayudas necesarias.
 - Recursos económicos insuficientes para la adaptación del hogar.
 - Falta de conocimientos no sabe pasos a seguir par realizar la adaptación del hogar.

- Reducir o eliminar los factores causales o concurrentes.
- Iniciar educación sanitaria en actividades de la vida diaria durante su estancia en el hospital, para una adaptación al hogar mas rápida.

RIESGO DE AISLAMIENTO SOCIAL EN RELACIÓN A SU MINUSVALIA

Características definitorias

- Sentimientos expresados de soledad.
- Sentimientos de rechazo.

Objetivo:

- El paciente deberá aumentar las relaciones sociales significativamente
- Actuaciones de enfermería
- Fomentar la interacción social con otros pacientes con la misma lesión
- Disminuir las barreras para el contacto social.

TRASTORNO EN LA IMAGEN CORPORAL EN RELACIÓN CON SU INCAPACIDAD PARA MOVER MIEMBROS INFERIORES

Características definitorias

- Respuestas negativas, verbales o no verbales, al cambio.
- Preocupación por el futuro.

Objetivo

- El paciente deberá expresar y demostrar aceptación de su aspecto.
- Iniciar nuevos sistemas de apoyo. (foto 4 fase crónica)

Actuaciones de enfermería

- Establecer una relación de confianza enfermera/paciente. Un factor fundamental de cara a la adaptación psicológica del paciente es la disposición del personal de enfermería para escuchar las inquietudes del paciente. Hay que identificar y potenciar las conductas de afrontamiento adaptativo y animar al paciente y a la familia a que se fijen objetivos realistas en función de las redes de apoyo existentes.
- Animarle a que exprese sus preocupaciones y comparta sus sentimientos con otros pacientes.
- Profundizar con él en sus capacidades y recursos
- Hacer que asuma gradualmente la responsabilidad del autocuidado. Promover la interacción social.
- Proporcionar actuaciones específicas para aceptar la pérdida de función de su cuerpo.
 - Valorar el significado de la pérdida.
 - Aclarar conceptos erróneos
 - Dar a conocer alternativas realistas y proporcionar ánimo.

ALTERACIONES DE LOS PROCESOS FAMILIARES, RELACIONADO CON LAS MODIFICACIONES EN EL ROL Y AL FUTURO INCIERTO

Características definitorias

- La familia no puede o no se adapta de forma aceptable a la crisis, ni se comunica abierta y eficazmente entre los miembros.

Objetivo

- Tanto el paciente como la familia deben:
 - Expresar lo que opinan a cerca de la nueva situación.
 - Identificar los signos de disfunción familiar.

Actividades de enfermería

- Facilitar la confianza entre el paciente/familia y el personal sanitario.
- Analizar como perciben la situación. Fomentar la expresión de sentimientos, esto le proporcionará oportunidades para aclaraciones de los sentimientos y preocupaciones, contribuyendo a la unidad familiar.
- Determinar si los mecanismos actuales de afrontamiento son eficaces.
- Implicar a los familiares en el cuidado del paciente.
- Ayudar a reorganizar los roles en el hogar, establecer prioridades y redistribuir las responsabilidades.
- Preparar a la familia para los signos de depresión, ansiedad, cólera y dependencia, en el paciente.
- Animar a la familia a acudir a sus relaciones sociales en busca de apoyo emocional de otro tipo. Identificar mecanismos ineficaces de afrontamiento como abuso de fármacos, negación, separación evitación, etc.

(foto 5 fase crónica)

PROBLEMAS AÑADIDOS

- Continuando con el esquema anterior, englobaremos estos por sistemas o aparatos según las complicaciones.

COMPLICACIONES NEUROVEGETATIVAS

- Complicación potencial: disreflexia
- Esta complicación es tratada en el apartado de diagnósticos de enfermería, al encontrarnos en la fase crónica.

Complicación potencial: Hiperestesia

- Dolor que suele deberse a la irritación de las raíces nerviosas, es bastante persistente y puede dar lugar a dolor crónico.
- Intervenciones de enfermería.
- Valorar el nivel de dolor mediante la escala EVA
- Administrar los analgésicos prescritos por el médico.
- Instruir al paciente a adoptar posturas correctas.

COMPLICACIONES URINARIAS

Complicación potencial infección de orina

Intervenciones de enfermería

- Comprobar la temperatura
- Comprobar el aspecto de la orina y comunicarle al médico si es turbia o maloliente
- Recoger muestra para urocultivo
- Enseñar al paciente que debe vaciar totalmente la vejiga en cada micción
- Recomendarle que se debe duchar mejor que bañarse, enseñándole una buena higiene perineal indicándole que este lavado se debe realizar hacia atrás para disminuir la capacidad bacteriana para penetrar en el tracto urinario, ya que la mayoría de las infecciones urinarias se producen por vía ascendente.
- Enseñar al paciente a reconocer los signos y síntomas de la infección urinaria orina turbia, hematuria, fiebre, escalofríos o dolor en flanco.
- Enseñar al paciente la importancia de conservar el flujo de orina adecuado para ello se le instruirá en una correcta ingesta de líquidos.
- Debe orinar con frecuencia intentando que la orina residual sea mínima.
- Instruirles en que la ropa interior debe ser de algodón porque es más absorbente y que hay que cambiarla como mínimo una vez al día.
- Los hombres que utilicen colectores, deben quitárselo por las noches y limpiar el pene, dado que la orina caliente en la piel periuretral estimula la proliferación de bacterias.
- Administración de Antibióticos por prescripción médica.

Complicación potencial calculo renal

- La estasis de orina y las infecciones reiterativas aumentan el riesgo de producción de cálculos renales, debido a una mayor concentración de precipitantes. Complicación potencial incontinencia refleja urinaria.

Complicación potencial: pielonefritis

La pielonefritis se puede producir se puede deber a una infección urinaria producida por estasis de orina.

Intervenciones de enfermería

- Toma de temperatura por turno.
- Valorar dolor en el ángulo costovertebral, si la sensación permanece intacta a este nivel, de lo contrario, presencia de dolor vago y diferido.
- Realizar analíticas sistemáticas de orina y sangre por orden médica.
- Controlar la diuresis, características, ritmo.

• **MÚSCULO ESQUELÉTICAS**

• **Complicación potencial: osteoporosis**

- Debido a su escasa actividad, estos pacientes son candidatos ideales a la osteoporosis. Esta poca movilidad dificulta la creación de osteoblastos y a esto hay que añadir una alteración en la absorción del calcio produciéndose exostosis
- Intervención de enfermería
- Buscar signos y síntomas de osteoporosis e intentar reducir las complicaciones derivadas de esto.
- Realizar las actividades delegadas por el medico.

Complicación potencial: osificación heterotópica.

- Consiste en la formación de tejido óseo en la musculatura y en las aponeurosis que rodean las articulaciones, en particular en rodilla, caderas y también pueden afectar a los hombros.
- Intervenciones de enfermería
- Conocer los signos y síntomas.
- Vigilar la aparición de fiebre.
- Vigilar inflamación de articulaciones
- Controlar la disminución de movilidad.

• **Complicación potencial: espasticidad.**

- Se caracteriza por la hipertonidad muscular, gran resistencia a la a movilización, hiperactividad de los reflejos tendinosos profundos y clonos. Los espasmos pueden ser tan intensos que lleguen a impedir la movilización del paciente.
- Intervenciones de enfermería.
- Administrar la medicación prescrita por el médico(antiespásticos y relajantes musculares).
- Cuando surja el episodio de espasticidad, intentar relajación muscular.

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES

Complicación potencial: hipotensión, disminución del gasto cardiaco.

El bloqueo simpático produce vasodilatación con una disminución del retorno venoso resultante.

Intervención de enfermería

- Control de la tensión arterial por turno.
- Levantar al paciente de forma progresiva.
- Si está indicado administrar la medicación

Complicación potencial tromboflebitis:

- El uso de aparatos de locomoción y la poca actividad que realiza pueden aumentar la presión en determinadas venas produciendo coágulos.
- Intervenciones de enfermería
- Colocación de medias antiembólicas en ambos miembros inferiores.
- Vigilar posible inflamaciones y edemas de miembros inferiores, teniendo en cuenta que el paciente no nos va a informar de dolor.
- Vigilar pulsos periféricos
- Administrar la medicación (heparinas de bajo peso molecular) y realizar los cuidados prescritos por el medico.
- Vigilar la dieta, se enseñará al paciente y a la familia que debe realizar una dieta pobre en grasas.
- Vigilar la temperatura temporal.

Complicación potencial: alteración en la termorregulación.

- Los pacientes con lesión medular, no pueden regular la temperatura corporal por debajo del nivel de la lesión.
- Intervención de enfermería
- Valoración de la temperatura corporal cada ocho horas.

COMPLICACIONES SEXUALES

Complicación potencial falta de erección y eyaculación

- La fecundidad es otro problema de los pacientes con lesión medular. Las mujeres son capaces de quedarse embarazadas y llevar a cabo la gestación.
- La fecundidad masculina dependerá de la lesión. El hombre puede ser incapaz de eyacular o tener una eyaculación retrógrada. Si llega a eyacular, los espermatozoides pueden tener una movilidad mermada, por los que sería necesario recurrir a la inseminación artificial.
- Intervenciones de enfermería.
- La mujer con lesión medular, como hemos indicado antes, puede quedarse embarazada por lo que deberemos educarla en la utilización de los métodos anticonceptivos más adecuados.
- Ponerle en contacto con especialistas
- Administrar y enseñar a usar la medicación prescrita por el urólogo.
- Controlar y vigilar las complicaciones que puedan derivar de la administración de estos fármacos.

COMPLICACIONES PSICOLÓGICAS

Complicación potencial ansiedad debida a la lesión

- Es necesario que transcurra algún tiempo para que los pacientes entiendan la magnitud de la incapacidad. Puede pasar por fase de ajustes que incluyen choque e incredulidad, rechazo, depresión, pena y aceptación. Como hemos visto anteriormente en la fase aguda de la lesión el rechazo o la negación pueden ser mecanismos de protección contra la dura realidad.
- Según se va advirtiendo el carácter irreversible de la paraplejía y la tetraplejia, puede prolongar el proceso de pensar y resultar abrumador, porque "nada será como antes". Estos sentimientos los vamos a encontrar ya en esta fase crónica y es cuando suele aparecer una fase de depresión, que surge cuando el paciente presenta una disminución de la autoestima, en algunos aspectos como identidad personal, funciones sexuales.
- La autoestima se relaciona con la fuerza emocional personal, con el sentirse querido, sentimientos que pueden verse deteriorados.
- Administrar la medicación prescrita por el medico y/o psiquiatra.
- Intervención de enfermería

- Mantener un adecuado dialogo entre el medico, el psicólogo y/o psiquiatra y el personal de enfermería.
- Fomentar el dialogo con el paciente
- Dar siempre información correcta y veraz, y si no estamos capacitados ponerle en contacto con otro profesional que pueda ayudarle.
- Complicación potencial duelo debido a la perdida de la función corporal y a los efectos sobre el estilo de vida.

BIBLIOGRAFIA

- BEARE/MEYERS PRINCIPIOS Y PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA MEDICO QUIRÚRGICA. SEGUNDA EDICIÓN VOLUMEN II. MOSBY/DOYMA LIBROS.
- SANCHEZ RAMOS A., DE PINTO BENITO A. CURSO SOBRE VEJIGA NEUROGENA E INCONTINENCIA. PROCAVIDA.
- DE PINTO BENITO A. ALTERACIONES URINARIAS EN LA LESION MEDULAR.FUNDACION ONCE. 1994.
- LONG/PHIPPS/CASSEMAYERS. ENFERMERÍA MOSBY 2000. MEDICO QUIRURGICA.
- SANCHEZ RAMOS A., DE PINTO BENITO. SEXUALIDAD Y PARTERNIDAD EN LA LESION MEDULAR. FUNDACION ONCE.
- CARPENITO L.J.. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA. INTERAMERICANA-McGRAW-HILL.
- CARPENITO L.J. PLANES DE CUIDADOS Y DOCUMENTACION EN ENFERMERÍA. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERÍA Y OROBLEMAS ASOCIADOS. INTERAMERICANA McGRAW-HILL.
- BRUNNER L.S. MANUAL DE MEDICO-QIIRURGICA. INTERAMERICANA.