

ALTA DE ENFERMERIA

García Alonso B.

Enfermera Planta de Rehabilitación. Hospital Asepeyo Coslada (Madrid)

INTRODUCCION

Con la aplicación del Proceso de atención en Enfermería (PAE) a los pacientes con lesión medular (LM), encontramos la necesidad de elaborar un informe escrito de Alta de Enfermería, como etapa final de todo el proceso.

Dadas las peculiares características del lesionado medular, cuando llega el momento del alta puede presentar angustia al saber que ya no va a tener el apoyo del equipo sanitario, a la vez que le entusiasma ir a su hogar, también le atemoriza y le produce ansiedad el apartarse de la seguridad que le proporciona el hospital.

Estos pacientes, una vez finalizada su estancia hospitalaria, y dependiendo del nivel de la lesión, van a necesitar una serie de cuidados. Los profesionales de Enfermería, somos los responsables de planificar esos cuidados y asegurarnos que se lleven a cabo.

(Foto 1)

ALTA DE ENFERMERÍA

Hasta hace poco, el LM al irse de alta se llevaba sólo un informe médico. Las enfermeras no realizaban ningún informe escrito, como mucho, se daban instrucciones verbales tanto al paciente como a la familia.

El informe de Enfermería al alta tras un periodo de hospitalización largo, como es el caso del LM, es uno de los requisitos imprescindibles para garantizar la continuidad de los cuidados. La planificación del alta requiere que se empiece a realizar desde el mismo momento del ingreso y una coordinación con otros profesionales sanitarios y no sanitarios para que ésta sea eficaz.

Según L.J. Carpenito "La planificación del alta es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la administración de unos cuidados sanitarios y asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración ente los profesionales de la salud dentro del centro y la comunidad en general."

La planificación del alta es un proceso que incorpora una valoración de las necesidades del paciente obtenidas de él mismo, de otras personas importantes para el y del propio equipo de asistencia (foto alta 1), lo que se traduce en un plan para coordinar los recursos disponibles de forma que se cubran las necesidades del paciente. Al planificar el alta, el personal de enfermería debe respetar las necesidades individuales y familiares e incorporarlas a sus decisiones y prioridades en dicha planificación. Además ha de identificar las barreras personales que se oponen a la aceptación del plan, como las finanzas, el tiempo, las necesidades familiares y la motivación para el cambio; las actitudes personales, los recursos comunitarios, la forma de vida y la cultura pueden influir en las decisiones tomadas respecto al alta. La falta de conocimientos o de recursos, la ausencia de transporte, de experiencia o la carencia de respaldo económico pueden impedir que se sigan las recomendaciones en el domicilio. La creación de una buena relación con el paciente y su familia facilita el

debate sobre los obstáculos que dificultan la captación y cumplimiento del plan proyectado.

Con la planificación del Alta de Enfermería se persiguen los siguientes objetivos

- Objetivo general:

Asegurar la continuidad de los cuidados de enfermería.

- Objetivos específicos:

- Identificar las necesidades concretas del paciente para mantener dichas necesidades cubiertas en el domicilio después del alta.
- Enseñar al paciente y/o familia como controlar la situación en casa.
- Proporcionar seguridad física y psíquica al paciente y familia.
- Proporcionar información a los profesionales que atenderán al paciente en su domicilio.

(foto 2)

Al planificar el alta, estableceremos una serie de prioridades utilizando como metodología la definición de L.J. Carpenito antes expuesta, éstas son:

1- Identificación de los posibles problemas – Valoración.

La planificación del alta debe comenzar en momento en que la situación del LM se estabiliza, la recogida de datos y posterior valoración nos permite estar alerta a cualquier problema, real o potencial, que el paciente pueda tener o desarrollar y poder determinar como puede afectar este problema a sus necesidades de cuidados en su domicilio.

También debemos valorar:

- Edad- para determinar si es demasiado joven o demasiado mayor como para cuidar de sí mismo.
- Tipo y alcance de la lesión- para establecer las limitaciones físicas y psicológicas, los mecanismos de afrontamiento que puedan interferir en la realización de autocuidados.
- La existencia de familiares que puedan prestar unos cuidados básicos continuados, si él no los pudiera realizar.
- El entorno físico del paciente: características y situación de la vivienda, si reúne las condiciones adecuadas a sus nuevas necesidades, posibles modificaciones para adaptarse a las nuevas demandas requeridas.

2- Educación sanitaria sobre los cuidados domiciliarios- Preparación.

Para lograr unos cuidados óptimos en casa, es fundamental la educación sanitaria tanto del paciente como de su familia. Esta debe comenzar tan pronto como el estado del paciente se haya estabilizado y la familia esté lo suficientemente receptiva para poder asimilar lo que estamos intentando enseñarle. No debemos olvidar que la enseñanza es parte integrante de la asistencia a los pacientes y debe estar presente a lo largo de todo su proceso, durante su estancia hospitalaria, de esta forma disminuirá la ansiedad del paciente y la familia derivados del desconocimiento y la falta de preparación para el regreso al domicilio; primero han realizado los cuidados en el hospital, bajo la supervisión del personal que lo atiende,(foto alta 2) que corregirá las deficiencias en los conocimientos progresivamente y resolverá todas sus dudas según surjan.

Para completar su enseñanza es fundamental entregar información escrita a la que el paciente y/o familia pueda remitirse mas adelante, ésto mejorara tanto su comprensión como la retención de la información, con lo cual podrán encargarse de sus cuidados con mayor independencia. El informe escrito también favorecerá el trabajo y la prestación de unos cuidados continuados si el paciente necesita atención domiciliaria por parte de profesionales de Atención Primaria.

Son aspectos importantes de la educación para el alta:

- Medicación

- Problemas que presenta y cuidados que necesita, bien derivados de una alteración de las necesidades (alimentación, eliminación, etc.) que hay que cubrir, o bien derivados de la necesidad de realizar algún procedimiento o técnica especial (sondajes vesicales, traqueotomía, etc.) Debe conocer el material que necesita y como conseguirlo, si existen dispositivos de ayuda para facilitar la realización de actividades por el paciente , cómo debe utilizarse ese material o dispositivos, precauciones a tomar y signos y síntomas que debe vigilar que indican alguna alteración.

- Información sobre asistencia sanitaria en el domicilio, si necesita revisiones periódicas, si va a necesitar un seguimiento por Atención Primaria.(prescriptos por el médico)

3- Coordinación con los equipos de salud, es fundamental para conseguir unos cuidados continuados.

La coordinación debe hacerse en varios niveles:

- Coordinación con otros profesionales en el ámbito de la salud, fundamentalmente con el médico rehabilitador, terapeuta social, psicólogo y todos aquellos que intervienen en el cuidado del paciente durante su estancia hospitalaria.

- Coordinación con Atención Primaria, va a servir para conseguir una continuidad en los cuidados, asegurar unos cuidados domiciliarios suficientes y evitar complicaciones y reingresos. Para facilitar ésto es muy útil el informe escrito de Alta de Enfermería, ya que les va a proporcionar información sobre el diagnóstico del paciente, la educación sanitaria impartida en el hospital, la situación del paciente al alta, necesidad de procedimientos o técnicas específicos, problemas de enfermería reales o potenciales que presenta.

(foto 3)

Después de lo expuesto y teniendo en cuenta la valoración individual de cada paciente, el informe de Enfermería al alta debe constar de los siguientes apartados:

A- Diagnóstico principal- El que ha llevado al paciente a ingresar en el hospital (por ejemplo "Paraplejia L2-L3").

B- Medicación que precisa- nombre, dosis, pauta, finalidad que tiene, importancia de tomar la dosis prescrita, precauciones y efectos secundarios a tener en cuenta, duración del tratamiento.

C- Diagnósticos de Enfermería al alta y cuidados que precisa. Este apartado constara de dos partes, en negrita el diagnostico de enfermería como tal, le será de utilidad a la enfermera de Atención Primaria si el paciente debe acudir a su Centro de salud por algún problema o para posible seguimiento si lo necesitara, se utiliza la clasificación de la NANDA, que es un lenguaje común para la Enfermería y evitará interpretaciones erróneas. En letra normal los cuidados en relación a ese problema, esto va dirigido al paciente y debemos adaptar nuestro lenguaje al nivel sociocultural del paciente, de forma que lo pueda entender y debemos asegurarnos que lo comprende y esta dispuesto a realizarlo.

Los principales Diagnósticos de Enfermería que pueden presentar un LM tras su alta son:

1- Riesgo de disreflexia en relación con lesión medular (por encima de D7.

Los cuidados a seguir son:

- Comprobar la distensión de la vejiga y realizar un SVI si precisa. Además debe valorar como es la orina, color olor, cantidad, presencia de sedimento, sangre, si presenta fiebre, tiene escalofríos, ya que son indicadores de una infección en la orina que podría agravar la disreflexia.
- Comprobar la presencia de fecalomas y administrar supositorios o extracción manual suave si precisara.
- Comprobar puntos de apoyo en la piel para descartar enrojecimiento o heridas. Valorar también la presencia de uñas encarnadas.
- Deberá acudir al medico si se detectan signos de infección urinaria, escaras o uñas encarnadas, así como si no consigue hacer deposición de la forma habitual.

2- Riesgo de estreñimiento en relación con inmovilidad y cambios en el estilo de vida secundario a lesión medular.

Ante este problema potencial el LM deberá:

- Mantener un habito horario para las deposiciones, por ejemplo siempre por la mañana después del desayuno, cada dos días.
- Tomar una dieta rica en fibra- verduras, fruta fresca, pan y cereales integrales, la cantidad a lo largo del día dependerá de la lesión y del tipo de deposiciones que haya estado haciendo durante su estancia hospitalaria, debiendo mantener el mismo hábito que tenia antes de irse de alta.
- Vigilar las deposiciones, si estas fueran más duras y secas o pasan mas de tres días sin hacer deposición, deberá aumentar la ingesta de líquidos en la medida de lo posible y si pasan más de tres o cuatro días sin hacer o pasa un periodo en que las heces son más duras y secas o presenta sangrado o aparecen hemorroides, deberá consultar con su medico.
- En los pacientes que lo precisen se describirá la técnica de Valsava, o de prensa abdominal para ayudar a avanzar las heces en el intestino.

3-Incontinencia intestinal en relación con falta de control voluntario del esfínter anal.

- Uso de dispositivos adecuados (pañal) para controlar este problema.
- Evacuación diaria de heces a la misma hora para disminuir la cantidad de heces que se le puedan escapar el resto del día.
- Dieta con moderado contenido en fibra, para evitar que las heces sean excesivamente blandas.

4- Alteración de los patrones de eliminación vesical. Incontinencia refleja.

(Vejiga refleja, hipertónica, espástica, automática).

En este caso deberá:

- Vaciar la vejiga cada 3-4 horas, o más frecuentemente si ha bebido mas líquidos, cerveza, te, café. Utilizara la misma técnica que en el hospital, estimulación suprapúbica, tirar del vello púbico, golpear la parte interior del muslo, etc .
- Controlar la ingesta de líquidos diarios, no más de 1500, repartidos en cantidades decrecientes progresivamente de la mañana a la noche.
- Mantener una buena higiene de la zona genital y de la piel si hay escapes.
- Uso de dispositivos de seguridad, colector, pañal, absorbentes.

Retención urinaria

(Vejiga neurogénica, autónoma, hipotónica, flácida).

- Cuando la vejiga está muy llena puede haber escapes de orina al toser, hacer un esfuerzo o ejercicio, por tanto deberá vaciarla con la frecuencia necesaria. Para evitar estos escapes deberá controlar la ingesta de líquidos, realizar estimulación cada tres o cuatro horas o más si lo considera necesario, procurará vaciar la vejiga antes de salir de casa, utilizando la misma técnica que en el hospital (contracción abdominal, Valsava, Credé), si utilizaba SVI debe realizarlo antes de salir de casa y adaptar los horarios de sondaje a su estilo de vida, buscando que se altere lo menos posible.
- Realizar la técnica del SVI como se le explicó (dárselo también por escrito), manteniendo una adecuada higiene de mano, zona genital y material de sondaje.
- Vigilar la orina por si aparecen cambios en color, olor, arenilla, sangre, o presenta escalofríos, fiebre, aumento de espasmos, dolor suprapúbico o en zona lumbar, ante cualquiera de estos signos debe acudir a su médico.

4- **Riesgo de lesión en relación con deficiencias motoras y/o sensoriales.**

Las medidas de prevención son:

- - Comprobar la temperatura del agua del baño y de las mantas eléctricas antes de su uso. Si es preciso utilizará un termómetro de baño y en el caso de las mantas eléctricas las pondrá siempre a baja temperatura.
- - Usar superficies antideslizantes en el baño y agarraderos si necesita.
- Valorar diariamente la piel de las zonas afectadas por la lesión en donde no hay sensibilidad en busca de lesiones no detectadas, acudir a su médico si observa una zona grande enrojecida, falta piel o tiene una herida que no evoluciona favorablemente en uno o dos días.
- - Poner barandillas en escaleras .
- Usar barandillas en la cama si las necesita.
- Frenar siempre la silla de ruedas antes de trasladarse a la cama o al baño.
- Si usa andador debe mantener los suelos limpios y secos, libres de obstáculos, si hay alfombras deben estar clavadas, para evitar caídas.
- Usara zapatos que ajusten bien pero que no le hagan rozaduras, con suelas antideslizantes. Si camina no debe usar zapatillas abiertas por detrás.

5- **Disfunción sexual en relación con lesión medular.**

- Se le explicará las posturas más adecuadas a su estado.
- Métodos paliativos: vibrador, Sildenafil (Viagra), sistema de vacío, usos y precauciones.
- Adaptación de su actividad sexual a su nueva situación y estilo de vida, incluyendo a la pareja si la hay.
- Remitirse a folleto sobre la educación sexual que ya se le habrá dado en el hospital.

6- **Riesgo de afectación de la integridad de la piel en relación con inmovilidad y presión.**

La incontinencia urinaria y/o fecal favorece la maceración de la piel y esto hace que sea más susceptible de erosionarse por una presión prolongada. Por ello debe:

- Mantener una buena ingesta de líquidos que asegure la hidratación de la piel.
- Ser rigurosos con la programación de vaciado de la vejiga.
- Utilizar los dispositivos indicados(colector, absorbentes), y mantener siempre la zona perineal limpia y seca.

La inmovilidad es otro factor que favorece la aparición de úlceras por presión, por tanto el LM debe tener presente:

- Cuando esté en la cama debe realizar cambios de postura el mismo o con ayuda de otra persona cada tres o cuatro horas, aplicando crema hidratante y vigilando los puntos de apoyo , aquellos donde hay menos tejido blando

sobre el hueso,(sacro, talones, codos, omóplatos), si es preciso puede utilizar un espejo para mirarse.

- Si hay zonas enrojecidas que no desaparecen después de una hora sin presión aumentar la frecuencia de los cambios posturales y vigilar minuciosamente esa zona.
- Evitar las arrugas y los restos de comida, como las migas de pan, en la cama.
- Cuando esté sentado, utilizar el cojín para disminuir la presión en la tuberosidad isquiática. Además debe realizar impulsos con los brazos al menos cada media hora para aliviar la presión en las zonas de apoyo.
- Acudir al medico si aparece una lesión en la piel, evitar el apoyo en esa zona hasta que la herida haya curado por completo.

7- Afectación en las relaciones sociales en relación con pérdida de función corporal de MMII y/o MMSS.

Debido a los problemas de pérdida de control de esfínteres, marcha en silla de ruedas, cambios en su rol familiar, pérdida de trabajo, el LM puede tender al aislamiento social, para vigilar este problema y evitar que aparezca,:

- La familia debe estar atenta a sus expresiones de soledad, tristeza, poco deseo de vivir.
- Buscar el apoyo de familiares, amigos, vecinos.
- Buscar el medio de transporte más adecuado para que se pueda desplazar.
- Asignarle tareas del hogar que pueda realizar y responsabilizarle de ellas.
- Animarle a estudiar o trabajar en algo que pueda realizar (informática, idiomas, etc .).
- Favorecer el contacto con personas en similares características: grupos para personas en sillas de ruedas, deportes.
- Permitirle expresar sus dudas y temores y ayudarle a buscar soluciones.
- En el caso de incontinencia urinaria deberá adaptar la ingesta de líquidos a los horarios de sondaje, si es incontinencia intestinal- remitirse a los cuidados para este problema.

D- Fecha de la próxima revisión.

E- Teléfono de contacto en caso de que tenga alguna duda o problema.

CONCLUSIONES

El LM es un paciente complejo con diversos problemas de Enfermería, pasa un largo periodo de tiempo hospitalizado desde el momento de la lesión hasta que es dado de alta; durante todo el proceso el personal encargado de su cuidado ha integrado tanto al paciente como a su familia en la realización de sus autocuidados así como en la realización de las técnicas que pudiera precisar, en una palabra, para ser INDEPENDIENTES del personal sanitario que durante todo su ingreso lo ha cuidado (aunque dependiendo de la lesión medular algunos necesitarán de atención por parte de personal cualificado aún en su domicilio). Cuando llega el momento del alta estos pacientes deben acordarse de todo lo que ya han aprendido en el hospital, para llevarlo a cabo en su domicilio , todo esto supone una gran cantidad de información, de ahí la importancia de un informe de Enfermería al alta, por escrito, informe que podrá revisar en cualquier momento que surja una duda y que les servirá como guía para realizar sus cuidados.

Los problemas que se plantean en el informe de Alta de Enfermería son generales y frecuentes. Debemos recordar que para cada paciente se debe realizar un informe de Alta de Enfermería individualizado, con los problemas que él presente o pueda presentar y siempre habremos discutido todos los cuidados con el paciente

y familia ya que para llevar a cabo los cuidados indicados habremos superado las posibles dificultades que pudieran haber para su realización

BIBLIOGRAFIA:

- 📖 L.J. CARPENITO, DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA. INTERAMERICANA, MAC- GRAW - HILL. 3ª EDICION.
- 📖 GRANDE GASCON ML, HERNANDEZ PADILLA M, " COMO ENTIENDEN LAS ENFERMERAS EL ALTA DE ENFERMERIA".E. CLINICA. 1996,3: 29-31.
- 📖 MARCHAN FELIPE M.N., ROJO DURAN RM, RODRIGUEZ - ARIAS ESPINOSA MC , GALINDO CASEROA., BARCA DURAN J., SANCHEZ MARTOS J.,, " ALTA DE ENFERMERIA". ENFERMERIA CIENTIFICA, NUM 180-181. MARZO-ABRIL 1996.
- 📖 GARCIA TORRES, S.. " DESCONEXION HOSPITALARIA DE UN LESIONADO MEDULAR ALTO". ROL DE ENFERMERIA, 1994. 194: 33-40.
- 📖 RAMOS ALFONSO, M.RR; POLO MAÑAS, C.M.; BONILLO MADRID, J; GALDEANO RODRIGUEZ, N.; BELTRAN RODRIGUEZ, I.M.; SANCHEZ BUJALDON, M; BARBERA RIVES, J.M.; " INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA. UNA EXPERIENCIA EN LA PRACTICA ASISTENCIAL" REV. ROL DE ENFERMERIA. 1999, 22 (2): 143-148.
- 📖 GARCES RUIZ, C.; CIVERA OLIVAS, A. " LESION EN LA MEDULA ESPINAL.ACTUCION DE ENFERMERIA". REV. ROL DE ENFERMERIA, 230, OCTUBRE 1997: 21-30.