

VIVIR EN EL DOMICILIO CON CUIDADOS DE ENFERMERÍA AVANZADOS

MARÍA LUZ FLORES ANTIGÜEDAD
DAVID VARGAS MOLINA
ANA MARIA RODRÍGUEZ MARTÍN

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

Vivir en el domicilio con cuidados de enfermería avanzados

Autor principal	MARÍA LUZ FLORES ANTIGÜEDAD
CoAutor 1	DAVID VARGAS MOLINA
CoAutor 2	ANA MARIA RODRÍGUEZ MARTÍN
Área Temática	CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA
Palabras clave	Nutrición Parenteral Atención de Enfermería Educación en salud Alta del paciente

» Resumen

En este trabajo se presenta un caso clínico de una paciente frágil de 71 años, que dadas las patologías que padece y la necesidad de cuidados de enfermería avanzados, en un principio estaba condenada a permanecer hospitalizada. Se identificaron como cuidadores principales durante la encamación, a su marido y a su hija, que desde un primer momento mostraron ansiedad y dificultad para afrontar la nueva situación fuera del ámbito hospitalario. El abordaje del tema se hizo a través de la gestión de casos, con una planificación del alta, garantizando unos cuidados integrales en el domicilio, cumpliendo así el deseo de la paciente de poder vivir en casa. El caso requirió de la coordinación de diferentes profesionales, tanto hospitalarios como de atención primaria y, del consenso de llegar a acuerdos con sus cuidadores y determinar que cuidados asumían ellos para alcanzar los resultados fijados.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Paciente de 71 años de edad, con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía diabética actualmente en hemodiálisis, ha precisado en los últimos meses ingresos hospitalarios reiterados debido a intensos y continuos dolores gástricos cada vez que ingiere alimentos por boca, debido a episodios de isquemia intestinal secundarios a estenosis de la arteria mesentérica y tronco cefálico.

En varias ocasiones la someten a angioplastias no mejorando la clínica por calcificación de los lechos distales, por lo que finalmente se acuerda instaurar alimentación enteral continua, a través de sonda nasogástrica.

A los pocos días del alta, reingresa nuevamente por dolor abdominal de tipo isquémico prescribiéndosele conjuntamente con el facultativo de nutrición y dietética, nutrición parenteral a través de reservorio, intervención que realizan los cirujanos vasculares.

Se inicia la nutrición parenteral y la paciente mejora considerablemente. Se le administran dos tipos de dietas, una a pasar en 4 horas en la sala de hemodiálisis, los martes, jueves y sábados, y otra a pasar en 12 horas en la sala de encamación el resto de los días de la semana. La tolerancia a la dieta era buena pero cursa con descontrol glucémicos haciendo picos importantes, tanto hiperglucémicos como hipoglucémicos que precisan de continuos ajustes en la pauta de insulina.

Cuando se observa una regulación de toda la clínica de la paciente, se plantea a petición de ésta y con el apoyo de su familia, el alta hospitalaria con la nueva situación y, a través de la Enfermera Gestora de Casos se hace una planificación de la misma, con la coordinación de todos los profesionales implicados en ella.

Se elaboró un plan de cuidados consensuado por la enfermera referente y enfermera gestora de casos hospitalaria que a día del alta, mostraba problemas aún no resueltos.

Una pieza clave en todo el proceso fue el cuidador de la paciente, al que se le tuvo que educar en la realización de intervenciones enfermeras de cuidados avanzados, a la vez que intentar que superara los problemas de afrontamientos tan acusados.

1. Diagnósticos:

Se diferenció entre problemas de autonomía, de colaboración y los propios enfermeros.

En los de autonomía se identifican déficit de autocuidados en general, para la alimentación, baño/higiene, uso de WC y vestido/acicalamiento, precisando suplencia total; en el ámbito hospitalario dispensada por el cuidador principal y el personal de enfermería y en el domicilio, los agentes de cuidados serían marido e hija.

Se identifican en los diagnósticos de colaboración: riesgo de glucemia inestable, dolor crónico, riesgo de infección, desequilibrio nutricional por defecto y deterioro de la eliminación urinaria. Se realizan las intervenciones enfermera derivadas de la colaboración de otros profesionales como nefrólogo, endocrino, nutricionista y farmacéutico.

Los diagnósticos enfermeros se desarrollaron y se trabajaron hasta el día del alta. Los identificados fueron:

-En la propia paciente: Baja autoestima situacional en relación a desesperanza, estreñimiento, insomnio, deterioro de la deambulación y síndrome de estrés por traslado

-En el cuidador principal: Riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador y afrontamiento familiar comprometido.

2. Resultados: Se eligieron para cada diagnóstico enfermero resultados esperados según la taxonomía NOC evaluados a través de indicadores específicos de cada uno de ellos de manera progresiva en el tiempo dependiendo de la gravedad o alteración de necesidad identificada. Se pensó en un solo resultado para cada diagnóstico por la complejidad del caso y la dificultad de poder alcanzarlos.

3. Intervenciones: Se seleccionaron diversas intervenciones según la taxonomía NIC para alcanzar los resultados ya prefijados.

Diagnósticos de Enfermería NANDA

Diagnóstico Factores Relacionados Características Definitorias

Baja autoestima situacional (00120) -Deterioro funcional

-Cambios en el desarrollo -Expresiones de desesperanza

Estreñimiento (00011) -Actividad física insuficiente

-Cambio en el patrón de alimentación -Disminución del volumen y de la frecuencia de las heces

Insomnio (00095) -Ansiedad

-Malestar físico -La paciente informa de dificultad para permanecer dormida.

Deterioro de la deambulaci3n (00088) -Deterioro musculoesquel3tico -Deterioro de la habilitada para caminar las distancias requeridas.

Sndrome de estr3s por traslado (00149) -Deterioro del estado de salud -inseguridad y preocupaci3n.

Riesgo de cansancio en el desempeo del rol de cuidador (00062) -Cuidados numerosos y complejos.

-Alta de un miembro de la familia con elevadas necesidades de cuidados en el domicilio

Afrontamiento familiar comprometido (00074) -Prolongaci3n de la enfermedad y progresi3n de la incapacidad que agota la capacidad de apoyo de las personas de referencia. -La reacci3n de la persona de referencia demuestra preocupaci3n.

Criterios de Resultados NOC

Resultados NOC Indicadores de Resultados Valoraci3n al ingreso Valoraci3n

a las 3 semanas Valoraci3n al alta

1205-Autoestima 01-Verbalizaci3n de autoaceptaci3n 1 2 2

11-Nivel de confianza 1 2 2

0501-Eliminaci3n intestinal 04-Cantidad de heces en relaci3n con la dieta 1 1 3

21-Eliminaci3n fecal sin ayuda 1 1 1

2000-Calidad de vida 01-satisfacci3n con el estado de salud 1 1 1

15-Autonomía 1 1 1

0208-Movilidad 01-Mantenimiento del equilibrio 1 1 2

04-Movimiento articular 1 2 3

1302-Afrontamiento de problemas 03-Verbaliza sensaci3n de control 1 2 2

04-Refiere disminuci3n de estr3s 1 3 2

2210-Resistencia del papel del cuidador 02-Dominio de las actividades de cuidados directos 1 2 3

08-Descanso para el cuidador familiar 1 1 1

2205-Rendimiento del cuidador principal: cuidados directos 04-Conocimiento del plan de tratamiento 2 3 3

16-Rendimiento de los procedimientos 2 3 3

Intervenciones Enfermeras NIC

0200-Fomento del ejercicio

0221-Terapia de ejercicio: ambulaci3n

0224-Terapia de ejercicios: movilidad articular

0440-Entrenamiento intestinal

0450-Manejo del estreñimiento/impactaci3n

1200-Administraci3n de nutrici3n parenteral total

1100-Manejo de la nutrici3n

5465-Contacto terap3utico

1850-Mejorar el sueo

5616-Enseñanza medicamentos prescritos

3590-Vigilancia de la piel

4220-Acuerdo con el paciente

4920-Escucha activa

5270-Apoyo emocional

5250-Apoyo en la toma de decisiones

5240-Asesoramiento

5230-Aumentar el afrontamiento

5440-Aumentar los sistemas de apoyo

5460-Contacto

5310-Dar esperanza

5350-Disminuci3n del estr3s por traslado

5400-Potenciaci3n de la autoestima

5380-Potenciaci3n de la seguridad

5340-Presencia

5510-Educaci3n sanitaria

5520-facilitar el aprendizaje

6654-Vigilancia: seguridad

8190-Seguimiento telef3nico

8100-Derivaci3n

7040-Apoyo al cuidador principal

7140-Apoyo a la familia

7370-Planificaci3n del alta

Primeramente se contact3 con la adjunta de enfermería y enfermera de familia de su centro de salud para ver la disponibilidad de ésta, así como del material necesario. Con el servicio de farmacia se acord3 que los días que la paciente venía a dializarse a este centro se le prepararía la nutrici3n parenteral del día siguiente para que se la llevara en nevera al domicilio.

Antecedentes: la Nutrici3n Parenteral Domiciliaria (NPD), surge en los hospitales con la presencia de pacientes que no precisan de ni guna atenci3n especial por la cual tengan que estar ingresados y, que en ocasiones se ven obligados a permanecer hospitalizados por precisar un soporte nutricional por vía parenteral, bien de forma temporal o definitiva.

La NPD es una modalidad de soporte nutricional que permite la administraci3n de las soluciones de nutrici3n parenteral en el propio domicilio del enfermo. Cuando un paciente va a precisar de este tipo de nutrici3n superior a un período de 3 meses, es aconsejable que continúe este tratamiento en el domicilio. Para ello, es preciso contar con la colaboraci3n de una familia que se encuentre motivada y que esté

dispuesta a asumir la responsabilidad de la técnica en el domicilio y seguir un programa de aprendizaje. Se aconseja además, la existencia de proveedores que incluyan disponibilidad de asistencia telefónica las 24 horas del día; profesionales con experiencia en soporte nutricional domiciliario, disponibilidad de un equipo multidisciplinario que incluya dietistas, enfermeros y farmacéuticos.

Experiencias previas: No existían experiencias previas, tanto por parte del equipo de enfermería de Atención Primaria de la zona a la que pertenecía la paciente; como por parte de la Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria que gestionó y planificó el alta.

El trabajo se realizó en una sala de encamación de un hospital de Granada. El planteamiento de hacer una planificación con NPD surge por la insistencia de la propia paciente de no estar condenada a vivir en el hospital por precisar cuidador de enfermería avanzados. Dado que era la primera vez que surgía un proceso de salud de estas características, se precisó de la formación de la Enfermera Gestora de Casos del Hospital para ésta misma trasladar los conocimientos a los que iban a ser los proveedores de cuidados en el domicilio; además de la coordinación con diferentes servicios tanto del ámbito hospitalario como de Atención Primaria.

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

El principal problema detectado fue la falta de conocimientos y habilidades en el manejo de la Nutrición Parenteral (NP) a través de reservorio, tanto en el personal de enfermería de su centro de Atención Primaria (AP) como en sus cuidadores principales.

A través del seguimiento del plan de cuidados que se le hizo a la paciente durante su estancia hospitalaria se fue valorando la adquisición de conocimientos y habilidades en los cuidados que ésta iba a precisar en el domicilio; posteriormente al alta, en el propio domicilio se comprobó el manejo de las diferentes técnicas e intervenciones

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

La formación del personal del centro de salud en el manejo de la intervención requerida, concretándose sesión clínica formativa el mismo día del alta hospitalaria, primero en el domicilio de la paciente y posteriormente en el centro de salud, por parte de la enfermera gestora de casos.

Tras diversas sesiones clínicas realizadas con los diferentes profesionales que atendieron a la paciente en el ámbito hospitalario y, conjuntamente con la familia y los profesionales de Atención Primaria, se acordó la viabilidad de seguir el tratamiento y cuidados en el domicilio. El principal beneficio que se pretendía conseguir con esta actuación era el bienestar y deseo de la paciente de poder recibir todos los cuidados necesarios en su domicilio; lógicamente, otro beneficio es el evitar una estancia hospitalaria de larga duración.

Tras el alta se siguió con contactos con la paciente y su cuidador principal de forma periódica aprovechando las veces que venía a dializarse al hospital

La paciente a los dos meses del alta era capaz de colaborar en todas las actividades básicas de la vida diaria; ayudaba a realizarse el baño, se vestía sola, deambulaba sin ningún tipo de apoyo por el domicilio (con la vigilancia de sus cuidadores), comía sola y era capaz de ir al cuarto de baño. Ya no precisaba la Nutrición Parenteral en el Domicilio, se había conseguido que comiera por boca ciertos alimentos suplementados con aportes dietéticos prescritos por el servicio de Nutrición y Dietética y, tan sólo el día que venía a dializarse al hospital se le administraba Nutrición Parenteral. La paciente había recobrado la ilusión y la esperanza.

Su marido seguía presentando un riesgo de cansancio en el desempeño del rol del cuidador por la dependencia que tenía la paciente de él pero, sin embargo ya no existían los afrontamientos tan temidos por el personal sanitario a día del alta.

Todo el equipo multidisciplinar del centro hospitalario se cuestionó si la mejoría tan notoria en esta paciente se debió al alta y al poder cumplir su deseo de estar en el domicilio, decisión tan cuestionada por muchos miembros y que conllevó el esfuerzo de muchos profesionales y la aceptación de asumir múltiples riesgos.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Aparición de complicaciones asociadas a la vía de administración de la NP y desestabilización metabólica

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Se identificaron los aspectos internos y/o externos que pudieran mejorar la motivación de las conductas sanitarias realizadas con los cuidadores. - Se formularon objetivos dentro del Programa de Educación Sanitaria en el que se incluyó a los cuidadores familiares, desarrollando materiales educativos, explicándosele y entregándosele recomendaciones de cuidados sobre la NP domiciliaria y controles glucémicos, comprobando las habilidades en el manejo de estas intervenciones.

» Propuestas de líneas de investigación.

Evaluación de las incidencias surgidas en aquellos procesos de salud que requieren Cuidados de Enfermería Avanzados en Domicilio, valorando: mejorías manifiestas en los pacientes, complicaciones aparecidas, niveles de satisfacción en los cuidadores familiares, evitación de reingresos y estancias hospitalarias alargadas.