

III CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERÍA Y FISIOTERAPIA CIUDAD DE GRANADA

"Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales al paciente como derecho del ciudadano"

MEJORA CONTINUA EN EL CUIDADO INTEGRAL PERSONALIZADO CON EL FIN DE MEJORAR LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Autor principal INMACULADA TEJADA MORON

CoAutor 1 MARIA JOSE LOPEZ MORALES

CoAutor 2

Área Temática Innovación y mejora en la calidad de los cuidados integrales en el Área Médica

Palabras clave Autocuidado Calidad de vida Atención de enfermería EPOC

» Resumen

Objetivo principal: Describir los beneficios obtenidos en la calidad de vida en un paciente con manejo inefectivo del régimen terapéutico tras una serie de intervenciones enfermeras.

Metodología: Planteamos el caso de un paciente de 69 años con Epoc y SAHOS leve, con numerosas visitas al servicio de urgencias y reingresos frecuentes. Realizamos actividades recogidas en la NIC. (4360) Modificación de la conducta y NIC (4480) Facilitar la autorresponsabilidad.

Resultados principales: Adquisición de conductas saludables por parte del paciente y aumento en la percepción de salud a nivel físico, psicológico y social.

Conclusión principal: La utilización de herramientas enfermeras como la NANDA-NOC-NIC, así como la gestión del caso junto con la enfermera de enlace de atención primaria y la utilización de los recursos disponibles, nos permite disminuir las reagudizaciones del paciente con EPOC aumentando la calidad de vida del mismo y disminuyendo costes para el sistema sanitario.

» 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?

La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, se cobra en España cada año más de 18.000 vidas, ocho veces más que los accidentes de tráfico. La sufren más de dos millones de personas y muchas veces ni ellos la conocen. Solo dos de cada diez saben de qué se les habla al mencionar las siglas EPOC.

En el ámbito del sistema sanitario público de Andalucía, en su documento dedicado a la gestión por procesos asistenciales integrados, se nos plantean las estrategias más adecuadas para mejorar el control de las enfermedades crónicas, las cuales se desarrollan sobre dos pilares que las sustentan; por un lado un equipo asistencial formado y proactivo que de al paciente un cuidado integral, valorando la repercusión que tiene la enfermedad en su estilo de vida y actuando sobre éste, y por otro lado que el paciente sea sujeto activo de los planes de cuidados, estimulando por parte del profesional su motivación y adherencia.

Planteamos el caso de un paciente de 69 años recién diagnosticado de Epoc y SAHOS leve, con numerosas visitas al servicio de urgencias y reingresos frecuentes.

Es detectado el caso durante su ingreso en el hospital y muestra evidencias de manejo inefectivo del régimen terapéutico.

Existen casos de pacientes con el mismo problema con los que no se han conseguido los objetivos marcados, al ser difícil el poder hacer un buen seguimiento interniveles asistenciales.

» 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?

Paciente de 69 años con los siguientes antecedentes: no alergia a medicamentos, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus tipo2, exbebedor y exfumador. Incumplidor de tratamiento (según dice lo toma a veces), su medico de cabecera le mando unas pastillas y unos inhaladores, que no siempre se toma, no cumple dieta diabética correcta, es independiente para las actividades de la vida diaria, jubilado desde hace cuatro años, tiene amigos pero últimamente sale poco, porque se cansa y se ahoga. Vive solo aunque sus hermanos (tiene un hermano y una hermana) le echan una mano a veces, su hermana vive cerca de él.

Detectamos a este paciente durante su primer ingreso en la unidad de hospitalización a mediados de 2010, acude a urgencias como en otras ocasiones por disnea progresiva y edemas en miembros inferiores, lo que le dificulta su actividad diaria. Presenta criterios clínicos de bronquitis crónica sin estudio ni seguimiento.

Durante su ingreso se diagnostica de Insuficiencia respiratoria global, infección respiratoria y probable EPOC.

Es derivado a la consulta de Neumología para valoración, donde se le diagnostica Epoc y SAHOS leve. Se le manda tratamiento adecuado pero no lo cumple adecuadamente, por lo que un día durante una visita a su medico de atención primaria, porque tenía disnea, sufre un mareo y se deriva a urgencias.

Es ingresado de nuevo en la unidad de hospitalización donde precisa Ventilación mecánica no invasiva (BIPAP).

Durante su ingreso detectamos los siguientes problemas:

- El paciente no es consciente de la gravedad de la situación,
- No conoce la enfermedad,
- No es responsable de su autocuidado, según el está bien y cuando se ahoga se echa los inhaladores, pero no es para tanto.
- No toma dieta diabética adecuada y tiene exceso de peso.
- No puede salir tanto porque le da el ahogo
- Ésta situación le produce ansiedad, y miedo a que empeore, pero prefiere no preocuparse de forma exagerada y seguir con su vida.
- Problema para descansar toda la noche, ya que se siente incomodo con la bipap.

Ponemos en marcha un plan de cuidados que incluye al paciente y familiar para así involucrar a ambos, aclarar dudas sobre tto, y la importancia de la actitud responsable de cumplimiento aunque se encuentre bien, para evitar complicaciones.

Se le proporcionó Educación para la salud: información sobre el EPOC, definición, síntomas, tratamiento, cuidados y factores de riesgo para evitar nuevas exacerbaciones.

Damos recomendaciones de forma oral y por escrito, se le incluye en la telecontinuidad de cuidados y nos ponemos en contacto con la enfermera de enlace para que supervise el caso y de continuidad al plan de cuidados iniciado durante su ingreso.

Se le gestiona la teleasistencia.

Nos ponemos en contacto con su hermana, realizamos valoración y entrevista a ambos y planeamos el alta.

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

Trabajamos conjuntamente con el paciente y su hermana en el desarrollo de estas intervenciones y actividades:

4480 Facilitar la autorresponsabilidad.

- Considerar responsable al paciente de sus propias conductas.
- Fomentar la manifestación oral de sentimientos, percepciones y miedos por asumir la responsabilidad.
- Fomentar la independencia, pero ayudando al paciente cuando no pueda el solo.
- Discutir las consecuencias de no asumir las responsabilidades propias.
- Facilitar el apoyo de la familia del nuevo nivel de responsabilidad buscado o conseguido por el paciente.

4360 Modificación de la conducta.

- Animar al paciente a que examine su propia conducta y discutir el proceso de modificación de la conducta
- Ayudar al paciente a identificar su fortaleza y reforzarla.
- Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos deseables.
- Facilitar la implicación familiar en el proceso de modificación.

1850 Mejorar el sueño

1100 Manejo de la nutrición.

PROBLEMAS DE COLABORACION

Necesidad de alimentación; control de la glucemia.

Necesidad de respiración; control de la oxigenoterapia y controles gasométricos.

Escalas realizadas al inicio:

Pfeiffer: 1 error

Katz: Ausencia de incapacidad.

Apgar familiar: 7 normofuncional.

Escala de disnea del MRC:

- Al inicio: Grado 4 (Disnea al realizar mínimos esfuerzos de la actividad diaria como vestirse, o que le impiden al paciente salir de su domicilio)
- A los 3 meses: Grado 1 (Disnea al andar muy rápido o al subir una cuesta poco pronunciada)

Al alta se traslada a vivir con su hermana, la cual le prepara comida diabética adecuada, y le ayuda cuando lo precisa.

Durante el año 2011 se redujeron a la mitad el número de visitas a urgencias, así como el número de ingresos en hospitalización.

En el momento actual el paciente tiene conocimientos suficientes sobre su enfermedad, detecta los factores contribuyentes y la forma de evitar complicaciones.

Ha asumido la responsabilidad de su autocuidado, vive con su hermana, come dieta diabética, es autónomo para las actividades de la vida diaria y pide ayuda a sus familiares en contadas ocasiones.

Durante la mañana acude a un centro de día. Por las tardes sale a pasear, conduce su propio coche para hacer sus recados o se entretiene en el campo.

Cumple su tratamiento, así como la oxigenoterapia y se pone la Bipap toda la noche.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

La noticia de padecer una enfermedad crónica ha provocado en nuestro paciente cambios significativos en su vida, no solo se implican los factores fisiológicos, sino psicológicos como el estado emocional, la ausencia de experiencias previas, las expectativas, la ansiedad, por tanto la adhesión al plan de cuidado personal recién diagnosticada una enfermedad crónica generalmente es baja.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Mediante el desarrollo de un plan de cuidados personalizado, hemos aumentado el nivel de conocimientos del paciente y su cuidadora sobre la enfermedad.

El paciente adquiere progresivamente una serie de capacidades, que le generan confianza y seguridad para cambiar su estilo de vida, que deja evidencia de la efectividad del mismo.

» Propuestas de líneas de investigación.

Estudiar y poner en marcha estrategias de mejora en la comunicación interniveles asistenciales, y la formación y colaboración con las cuidadoras, para que la continuidad de cuidados sea efectiva y eficaz.