

“MEJORAR LA CALIDAD DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA LME-INFANTIL”

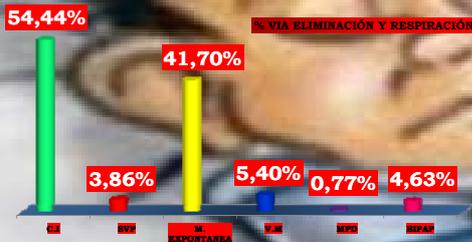
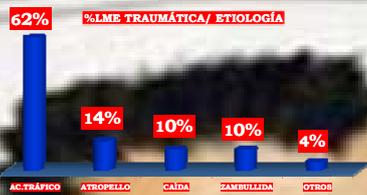
AUTORES: JOSE ANTONIO REQUENA FERNANDEZ; MARIA JESUS HURTADO PEREZ; SAGRARIO GARCIA-CASTRO PECES DUE HNF (TOLEDO).

INTRODUCCIÓN

La Lesión Medular (LM) es una alteración de la médula espinal que puede producir alteraciones en el movimiento, la sensibilidad o la función autónoma por debajo del nivel de la lesión. La LM ha sido considerada como una de las situaciones de la Salud que produce las discapacidades más trágicas que le puede suceder a una persona, sin embargo hasta después de la Segunda Guerra Mundial no constituyó un gran problema social ya que quienes la padecían solían fallecer antes del primer año. Posteriormente, los avances en el tratamiento y su seguimiento, han motivado una gran disminución de la mortalidad en el período agudo y una supervivencia cercana a la de la población general, con unas condiciones aceptables. En España se ha descrito una incidencia global de 12-20 millones de habitantes/año. Las lesiones medulares en pediatría constituyen una patología poco frecuente, con una incidencia menor que en la edad adulta pero con una mortalidad que llega a duplicar la del adulto alcanzando cifras entre el 25% y el 32%. Adquiere, por tanto, especial relevancia debido a las graves secuelas que provoca en los supervivientes y por su gran impacto a nivel emocional, social y económico. Aunque no hay estadísticas del todo fiables sobre lesión medular infantil (LMI), se calcula que el 5%, unos 50 casos/año en España tienen una edad inferior a 14 años; si se amplía el espectro hasta los 20 años, la incidencia asciende hasta más del 20% del total. La LMI la sufren más los varones (4:1) en la edad pediátrica.

RESULTADOS

De los 259 pacientes que han pasado por la unidad, 127 de ellos son ♀ el 49,04% y 132 son ♂ un 50,96%. La media de edad de los pacientes vistos en la unidad es de 13,19 años. Las lesiones medulares tratadas en la unidad infantil son de distintas etiologías, estas las podemos clasificar en “TRAUMÁTICAS Y NO TRAUMÁTICAS”. Los 50 pacientes con lesión medular de etiología traumática representa el 19,30% de los pacientes, estos los podemos clasificar según la causa en:



OBJETIVOS

- Elaborar un plan de cuidados personalizado e individualizado.
- Ofrecer una atención integral y multidisciplinar.
- Suplir o ayudar todas aquellas necesidades del niño con LME.
- Adquirir conocimientos, habilidades y aptitudes a través de la educación sanitaria al paciente y familia.

MATERIAL Y METODO

- Se realiza un estudio descriptivo-retrospectivo de aquellos pacientes que pasan por la unidad infantil del IEP.
- En el periodo comprendido entre ENERO 2010 y JUNIO 2011, un total de 259 pacientes con lesión medular han sido atendidos en esta unidad.
- Niños con edades comprendidas desde meses hasta 18.20 años.
- Tiempo de ingreso de 6-8 meses.
- Se sigue el modelo de VIRGINIA HENDERSON.

Los 209 pacientes con lesión medular de etiología no traumática representan el 80,70%, estos los podemos clasificar en: 144 pacientes presentan LME de etiología CONGÉNITA, representando el 68,90%. 36 pacientes presentan LME por ENFERMEDAD, representando el 17,22%. 19 pacientes presentan LME de etiología INFECCIOSA, representando 9,09%. 10 pacientes con LME de etiología OBSTETRICA, representando el 4,78%.



“PLAN DE CUIDADOS EN EL LME INFANTIL”

NECESIDAD DE RESPIRAR

Dependiendo del nivel de LME, va a estar afectada la musculatura torácica respiratoria y por tanto va a necesitar o no VM, BIPAP ó MPD. La labor asistencial y educativa irá encaminada a: Aspiración de secreciones bronquiales, cura de peritragostoma y cambio de cánula de traqueostomía. Manejo del ventilador mecánico portátil: Revisión de tubuladuras, filtro, conexiones, fugas, acomodamientos... Manejo del pulsímetro, Administración de aerosolterapia, oxigenoterapia y Fisioterapia respiratoria. Actuación en casos de urgencia: taponos mucosos, broncoespasmos.

NECESIDAD DE NUTRICIÓN E HIDRATACIÓN

Tomar dieta equilibrada, rica en fibra. Ingesta líquida de unos 2 l, para fluidificar secreciones, para evitar estreñimiento e infecciones urinarias. Restringir los alimentos flatulentos, evitar la distensión abdominal. Reducir al máximo ingesta de alimentos estragigantes. Cuidado e higiene del peritragostoma y correcta administración de alimentos.

NECESIDAD DE ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL

Se establece el tipo de vejiga hipo o hiperrefléxica, los cuidados irán encaminados a una reeducación vesical: Ingesta líquida mínima de 2 l Realización de cateterismos intermitentes. Identificar signos y síntomas de infección urinaria Portadores de SVP: Cuidados, higiene y cambio de ésta. Dieta rica en fibra e ingesta líquida adecuada. Administración de laxantes rectales, enemas. Extracción digital de fecalomas. Colocación de S.Rectal intermitente, obturadores suaves. Reconocer signos y síntomas de una Crisis Vegetativa por retención fecal y urinaria y dar solución.

PREPARACIÓN DEL ALTA:

- Autonomía en los cuidados
- Salidas fuera del hospital a tiempo parcial
- Valoración a la vuelta de las mismas
- Cómo se han solventado los problemas

Valoración de aspectos psicológicos, motivacionales, sociales y culturales del niño y/o cuidador para garantizar una continuidad en los cuidados y la integración socio-familiar en la sociedad.

NECESIDAD DE MOVILIDAD

- Prevenir posturas viciadas
- Realización de pulsiones para prevenir UPP, sobre todo isquémicas
- Colocación de corsets
- Movilizaciones pasivas
- Realización de cambios posturales c/3h
- Utilización de férulas y rodillos.

NECESIDAD DE DESCANSO Y SUEÑO

- Proporcionar un ambiente que mejore el descanso
- Cama limpia, seca, sin arrugas
- Temperatura ambiental adecuada.

NECESIDAD DE TERMORREGULACIÓN

La temperatura ambiental condiciona de forma directa la temperatura corporal. Recomendamos: Ropa apropiada. Evitar exposiciones a temperaturas extremas tanto por frío como calor. Vigilar variaciones extremas de la temperatura corporal.

HIGIENE Y PROTECCIÓN DE LA PIEL

- Cura de UPP, herida quirúrgica...
- Cuidados del VAC.
- Aseo completo en bañera portátil o WC. Secado exhaustivo e hidratación de la piel

“PLAN DE CUIDADOS EN EL LME INFANTIL”

CONCLUSIONES

- Es fundamental establecer un plan de cuidados personalizado para la rehabilitación psicosocial del LME INFANTIL.
- El papel de enfermería es fundamental así como la implicación del familiar ó cuidador para conseguir estos objetivos.
- Gracias a la estandarización de cuidados y la implicación de la enfermería junto al equipo multidisciplinar, hemos conseguido que el 31,98% de los pacientes puedan realizar las AVD y adaptarse mejor a su ámbito socio-familiar.
- Que el 30,37% de los pacientes van a depender de una pequeña ayuda en AVD para poder realizarse como persona en su ámbito socio-familiar.
- El 37,65% de los pacientes requieren un cuidador o familiar para realizar todas las AVD, debemos fomentar medidas para evitar el cansancio ó agotamiento de cuidador o familiar.