

ARANDA ÁLVAREZ DE LARA, M. I.; PÉREZ GONZÁLEZ J.; ROSELL CASARRUBIOS M.C.
Enfermeras/os de la Unidad de Enfermería a Urología. Centro Nacional de Paraplégicos. Toledo.

Plan de cuidados urológicos al paciente lesionado medular espinal con vejiga neurógena

Palabras clave: lesión medular, vejiga neurogena, plan de cuidados.

Key words: medullary lesion, neurogenic bladder, plan of cares.

INTRODUCCIÓN

La génesis de una Unidad de Enfermeros destinados a realizar los cuidados en el manejo de la eliminación urinaria, se remonta al propio nacimiento del Hospital, ya que se estimó la necesidad de la existencia de un grupo de profesionales de enfermería especializados, con dedicación exclusiva al paciente con vejiga neurógena y a su posterior reeducación vesical.

El paciente mieloleseo se enfrenta no solo a un cambio en su forma de vida, sino también a la adaptación a través del aprendizaje a una nueva manera de afrontar lo cotidiano.

Es nuestra labor intervenir, mediante los cuidados enfermeros, en el proceso que genera el deterioro de la eliminación urinaria, considerando la función vesical como una parte fundamental de la rehabilitación integral del paciente, no solo desde el punto de vista funcional sino desde la dimensión social, cualidad inherente de todo ser humano.

OBJETIVOS

- Mejorar la calidad de los cuidados en pacientes mieloleseos con vejiga neurógena.
- Dar uniformidad a nuestra práctica enfermera con planteamientos, métodos y fines homogéneos, que fundamenten el sentido de equipo.
- Contribuir a la planificación de la totalidad de cuidados enfermeros al paciente lesionado medular.
- Aportar una guía útil para los profesionales no familiarizados con la práctica de la enfermería urológica en el paciente lesionado medular.

MATERIAL Y MÉTODOS

El Plan de Cuidados sigue el esquema de las necesidades básicas de Virginia Henderson, empleando la taxonomía NANDA, NIC, NOC, intentando respetar etiquetas y títulos en base a contribuir a la Normalización de las Intervenciones para la práctica de la Enfermería.

Desarrollamos algunas de las intervenciones con actividades específicas basadas en nuestra experiencia.

Nos basamos en una sistematización metódica de la actividad, no excluyente, de la individualización que exigen tanto la gravedad de la lesión medular, como determinadas patologías y circunstancias añadidas al paciente.

Consideramos que los cuidados de la vejiga neurógena, desde el inicio de la lesión, deben ir encaminados a la reeducación vesical, por lo que cada fase evolutiva, aunque requiera unas intervenciones determinadas, no deja de constituir parte de un proceso rehabilitador. Así mismo creemos fundamental el seguimiento secuencial de cada periodo para adecuar los cuidados específicos y detectar las complicaciones oportunas.

Planteamos tres niveles en el Plan de Cuidados:

1. Cuidados de la vejiga parálitica del paciente mieloleseo en Fase de Shock Medular.
2. Cuidados del paciente, con vejiga neurógena, en Fase de Recuperación de la Actividad refleja.
3. Cuidados del paciente en Fase de Aprendizaje de la Autonomía.

RESULTADOS

Obtención de un Plan de Cuidados Urológicos al Paciente con Lesión Medular Espinal, secuenciado en orden a la evolución neurológica y adaptativa del paciente. Presentado en papel y soporte informático.

CONCLUSIONES

La labor diaria de muchos profesionales de Enfermería, no siempre se valora justamente en toda su extensión, dedicación, experiencia, preparación y estudio, porque no dejamos constancia documental de las miles y variadas actividades que realizamos al cuidar a un paciente en base al juicio diagnóstico que previamente, a veces de forma automática, hemos establecido.

Este hecho es la causa secundaria que ha motivado la realización de este Plan de Cuidados, ya que el verdadero impulso ha consistido en contribuir a la mejora continua en la calidad de los cuidados de enfermería en el paciente lesionado medular con vejiga neurógena con el propósito de conseguir una eficaz rehabilitación integral. Al emplear las taxonomías NANDA, NIC y NOC, pretendemos favorecer la comunicación entre los profesionales de la enfermería al utilizar el mismo lenguaje para definir nuestra actividad cotidiana, pudiendo de esta manera universalizar nuestra relación, y crear una red de transferencias de experiencias y conocimientos.

PLAN DE CUIDADOS AL PACIENTE LESIONADO MEDULAR CON VEJIGA NEURÓGENA. DOCUMENTO OPERATIVO

- PROCESO. Cuidados urológicos de Enfermería en el paciente mieloleseo.
- DEFINICIÓN. Conjunto de intervenciones de Enfermería urológica con el objeto de asegurar al paciente mieloleseo un patrón de eliminación urinaria conforme a su rehabilitación integral.
- INDICACIONES. Rehabilitación/reeducación de la vejiga neurógena del paciente lesionado medular espinal.
- OBLACIÓN. Pacientes mieloleseos de etiología traumática o médica, con distinto nivel de lesión y grado de pérdida sensitivo-motora, de cualquier edad y sexo. En cualquiera de las fases de la enfermedad, fase aguda, fase de rehabilitación y fase crónica.
- COMPLICACIONES. El proceso de rehabilitación vesical puede verse alterado, fundamentalmente, por:
 - a) Riesgo de infección.
 - b) Patrón respiratorio ineficaz.
 - c) Deterioro de la integridad cutánea.
 - d) Complicaciones vasculares.
 - e) Deterioro de la adaptación.
- ESTRUCTURACIÓN DEL PLAN DE CUIDADOS. Con el fin de definir los cuidados específicos que requiere el paciente en cada momento de su evolución, los hemos dividido en tres niveles que se corresponden con una 1ª FASE DE SHOCK MEDULAR que incluye el periodo de

encamamiento, y cuya duración media se sitúa en los dos o tres meses, siempre dependiendo del grado y nivel de localización de la lesión. Una 2ª FASE que llamamos de RETORNO DE LA ACTIVIDAD REFLEJA ESPINAL, en la que el paciente ya realiza la sedestación y establece contacto físico con el exterior. Y una 3ª FASE que definimos como APRENDIZAJE DE LA AUTONOMÍA, que acoge el proceso activo de rehabilitación y que dependerá del nivel de lesión y de los objetivos de recuperación funcional.

Algunas de las intervenciones de enfermería correspondientes a estas fases, no son excluyentes de cada una de ellas, pero si más precisas en un momento concreto, cimentando toda una columna básica donde asentar todos los cuidados.

Los cuidados de vigilancia, fundamentalmente, en la 1ª fase, de intervención periódica e información de la 2ª, así como los de enseñanza educación y reciclaje de la 3ª, son todos, sin exclusión, necesarios para culminar el proceso de rehabilitación vesical.

1. FASE DE SHOCK MEDULAR ESPINAL

Una vez producida la lesión medular, se instaura de inmediato una fase de shock medular espinal, que se manifiesta por una parálisis flácida y ausencia de actividad refleja por debajo del nivel de la lesión.

A nivel vesical, el músculo detrusor mantiene arreflexia, con tendencia a la retención urinaria e incontinencia por rebosamiento. El resultado es el deterioro de la eliminación urinaria por vejiga parálitica.

Para evitar la elongación de las fibras del detrusor y preservar su capacidad contráctil, hemos de prevenir la distensión vesical estableciendo un patrón de eliminación urinaria que mantenga a la vejiga en reposo y asegure su continuo vaciado. Así mismo, la inestabilidad hemodinámica frecuente en el paciente en fase aguda, así como el mantenimiento de la higiene vesical, hacen preciso el aporte de gran cantidad de líquido por lo que se hace indispensable la inserción de un catéter vesical permanente que garantice la eliminación urinaria y evite la retención.

La instauración continua de la sonda vesical, sin embargo, convierte al paciente mieloleseo en un paciente de riesgo de infección del tracto urinario superior e inferior, por lo que se establecerá un programa de protección contra las infecciones para detectar, prevenir y tratar, evitando graves complicaciones posteriores.

La permeabilidad de la sonda vesical, así como la del sistema de drenaje, son necesarias para evitar la retención urinaria y el posible cuadro de disreflexia autónoma en pacientes con lesión medular por encima de D8.

El abundante uso del látex en el ámbito hospitalario y extrahospitalario, está creando en la población general alergias a este producto, con consecuencias indeseables para la salud. Los niños que desde muy pequeños se ven sometidos a intervenciones quirúrgicas y manipulaciones con látex, como es el caso de los que sufren mielomeningocele, son especialmente sensibles a este material presentando un porcentaje elevado de alergias.

CUIDADOS UROLOGICOS DEL PACIENTE MIELOLESO EN FASE DE SHOCK MEDULAR ESPINAL

DIAGNOSTICO PRINCIPAL: DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.

OBJETIVOS: ELIMINACION URINARIA.
CONOCIMIENTO:
PROCESOS DE LA ENFERMEDAD.
Informar al paciente por qué no realiza la micción de forma voluntaria y lo realiza a través de un sistema de drenaje urinario.

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.

- Controlar periódicamente la eliminación urinaria incluyendo: frecuencia, consistencia, olor, volumen, color.

2. SONDA VESICAL (PERMANENTE).

- Explicar procedimiento y fundamento de la intervención
- Administrar medicación(Profilaxis) si está prescrita
- Reunir el equipo adecuado
- Mantener una técnica aséptica estricta
- Elegir calibre y tipo adecuado de catéter.

3. CUIDADOS DEL CATETER.

- Mantener un sistema de drenaje cerrado
- Fijar el catéter a la piel (En hombres al abdomen para evitar úlceras por presión y/o fistulas en el ángulo peneoescrotal, en mujeres en parte interna del muslo.
- Mantener la permeabilidad del sistema de drenaje.
- No irrigar nunca el sistema de drenaje salvo prescripción médica mediante técnica estéril.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Limpiar el catéter urinario por fuera del meato
- Cambiar el catéter urinario a intervalos regulares. (Sondas de silicona c/30 días.)
- Colocar al paciente y al sistema de drenaje urológico en la posición adecuada para favorecer el drenaje. (La bolsa de drenaje fijada a la parte inferior lateral de la cama, evitando el contacto con el suelo)
- Vaciar el dispositivo de drenaje periódicamente. (No esperar al llenado total de la bolsa para evitar retención urinaria).
- Obtener muestra de orina por el orificio del sistema de drenaje urinario cerrado. (Realizar técnica con material estéril y no forzar la aspiración de orina para no inducir hematuria)

4. PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES.

- Observar signos y síntomas de infección sistémica y localizada.
- Obtener muestras para realizar un cultivo.
- Fomentar la ingesta de líquidos de 2000ml a 3000 ml c/24 h.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.

5. CUIDADOS DE LA RETENCION URINARIA.

- Vigilar periódicamente el grado distensión de la vejiga mediante palpación o percusión.
- Cambiar la sonda vesical permanente si hay obstrucción.
- Irrigación de la vejiga, si prescripción médica.
- Restaurar la perfusión, si existe acodamiento del sistema de drenaje.

6. CUIDADOS DE LA DISREFLEXIA HIPERREFLEXIA AUTÓNOMA.

- Distinguir signos y síntomas.
- Incorporar al paciente (elevar cabecero cama).
- Si distensión vesical, ver permeabilidad de la sonda y del sistema de drenaje.
- Con sonda obstruida, preferiblemente cambiar. Irrigar si prescripción médica.
- Evitar compresión manual o percusión vesical.
- En caso de retención realizar un vaciado vesical paulatino (detener flujo c/300cc.)
- Ante escaso o nulo drenaje investigar otras causas de disreflexia.

7. CUIDADOS DE LA HEMATURIA.

- Correcta práctica del procedimiento de sondaje.
- Observar signos de infección.
- Toma de muestra para Sistemático y Cultivo de orina.
- Aumentar la ingesta hídrica en caso de microhematuria.
- En sangrado profuso, colocar sonda permanente de tres vías, preferentemente tipo Couvelaire, con sistema de lavado vesical continuo.
- Evitar tirones del catéter y sujetar la sonda al abdomen del paciente.
- Irrigar la sonda con jeringa en caso de coágulos.
- Ante el aumento de eliminación de diuresis no utilizar bolsas de recogida de orina encadenadas.

8. CUIDADOS DEL CATETER SUPRAPÚBICO TALLA VESICAL.

- Correcto procedimiento en el cambio de la Talla vesical. (Pequeña introducción de la sonda, de 2cm.-5cm., y ligero inflado de globo, de 3cm.-8cm.)
- Posibilidad de insertar cateter de mayor calibre (Nº 18- Nº 22).
- Limpiar peristoma c/12-24 horas, dejando gasa alrededor del cateter evitando el contacto de este con la piel para evitar úlceras y reepitelización sobre la sonda.

9. ENSEÑANZA PROCESO DE LA ENFERMEDAD.

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad específico.
- Describir el proceso de la enfermedad.
- Describir los signos y síntomas comunes.

DIAGNOSTICO ASOCIADO: RIESGO DE RESPUESTA ALERGICA AL LATEX

OBJETIVO: EVITAR REACCIONES INDESEABLES EN PACIENTES ALERGICOS AL LATEX, ASÍ COMO LA SENSIBILIZACION EN PACIENTES NO ALERGICOS POR EL USO CONTINUADO DE MATERIAL (ESENCIALMENTE CATETERES) QUE CONTENGAN ESTE PRODUCTO.

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

MANEJO AMBIENTAL.

- Eliminar productos que contengan látex en el entorno de pacientes alérgicos.

PRECAUCIONES CON LATEX

- No utilizar material con látex, en los procedimientos a pacientes alérgicos.
- Evitar cateterismos vesicales con sondas permanentes de látex para eliminar futuras sensibilizaciones. Especialmente protección en niños.

Debemos limitar la inserción de sondas vesicales de látex para evitar la sensibilización en los pacientes no alérgicos, y no contribuir a la instauración del cuadro sintomático en los alérgicos.

Asimismo, el hecho de orinar a través de la sonda, produce incertidumbre en el paciente, que demanda información sobre su estado urológico y futura repercusión. Es por tanto obligado, responder a sus dudas, explicando el proceso de la eliminación urinaria, en base al estado emocional y de lucidez del paciente, haciéndole en esta medida participe de su rehabilitación vesical.

2. FASE DE RETORNO DE LA ACTIVIDAD REFLEJA ESPINAL

Este periodo se caracteriza por la recuperación de la actividad refleja medular, siendo los primeros reflejos en aparecer los cutáneo-visceral, el anal y el bulbo cavernoso.

Asimismo comienza a manifestarse la actividad refleja del músculo detrusor, cuya recuperación dependerá del grado y nivel de la lesión espinal.

En esta fase se retira la sonda vesical permanente y se ins-

taura un programa de cateterismos vesicales intermitentes, evaluando la necesidad de la realización de maniobras externas de vaciamiento vesical.

Por lo general, el paciente ha estabilizado su situación vital y puede someterse a una restricción del volumen de líquidos, que favorece el balance y evita complicaciones.

El estudio urodinámico informará del tipo de vejiga que presenta el paciente, que dependerá del grado y nivel de la lesión, teniendo, en términos generales, un comportamiento detrusoriano hiperrefléxico con coordinación o disiner-gia de esfínteres en las lesiones medulares altas, y un comportamiento hiporrefléxico con, o sin, disiner-gia de esfínteres en las lesiones bajas.

Aunque en exceso generalizada esta clasificación, ya que intervienen múltiples factores que inducen a un variado ramo de comportamientos vesicales, podemos hacernos una idea de lo complicado que puede resultar establecer en principio, la conducta de la vejiga y el proceso de eliminación urinaria.

Así mismo, esta fase suele coincidir con el inicio de la sedestacion del paciente y con el periodo adaptativo a su nueva situación. El paciente suele demandar información ante la confusión que le produce su estado urinario, siendo funda-

CUIDADOS UROLOGICOS DEL PACIENTE MIELOLESO EN FASE DE RETORNO DE LA ACTIVIDAD REFLEJA ESPINAL

DIAGNOSTICO: DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA.

OBJETIVOS: ELIMINACIÓN URINARIA
CONTROL DE SÍNTOMAS
CONOCIMIENTO: REGIMEN TERAPEUTICO

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. SONDAJE VESICAL INTERMITENTE.

- Explicar el funcionamiento y el fundamento.
- Reunir el equipo adecuado.
- Mantener una técnica aséptica estricta.
- Utilizar el catéter de tamaño mas pequeño.
- Realizar la cateterización residual después de orinar.

2. CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA REFLEJA.

- Explicar la etiología del problema y el fundamento.
- Comentar los procedimientos y los resultados.
- Explicar maniobras de estimulación vesical externa. En pacientes con lesión supranuclear: Golpeteo suprapúbico rápido y ligero; Estimulación de la parte interior del muslo. En pacientes con lesión infranuclear: Maniobra de Credé; Valsalva; Contracción abdominal; Maniobras de estimulación anal; Estimulación del glande en hombres; Estimulación del ditoris en mujeres.

3. CUIDADOS DE LA RETENCIÓN URINARIA.

- Controlar periódicamente la ingesta y la eliminación.
- Extracción de la orina residual por sonda vesical.
- Implementar cateterización intermitente, si procede.
- Programar frecuencia de cateterización intermitente. (Según volumen de orina residual, que no sobrepasará 400cc en cada sondaje del adulto.)

4. CONTROL DE INFECCIONES.

- Poner en práctica protecciones universales.

- Realizar cateterismo intermitente de forma aséptica.
- Realizar cultivo de orina cada 2/4 semanas.
- Instruir al paciente en las técnicas correctas de higiene y en la detección de infección.

DIAGNOSTICO: RIESGO DE LA DISREFLEXIA AUTONOMA.

OBJETIVO: DETECCIÓN DEL RIESGO

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. MANEJO DE LA DISREFLEXIA DE ORIGEN UROLÓGICO:

- Identificar los estímulos que pueden precipitarla. (Infección, Distensión vesical, cálculos renales...).
- Observar signos y síntomas. (hipertensión, alteración de la frecuencia cardíaca, diaforesis por encima de la lesión, cefalea, rubor facial, piloerección...)
- Instruir al paciente y familia a cerca de las causas y síntomas.
- Realizar de inmediato cateterismo vesical intermitente, si procede.

DIAGNOSTICO: DETERIORO DE LA ADAPTACIÓN

OBJETIVO: ADAPTACION A LA DISCAPACIDAD

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO:

- Favorecer situaciones que fomenten la autonomía del paciente.
- Fomentar un dominio gradual de la situación.

2. ASESORAMIENTO:

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.

3. ESTABLECIMIENTO DE OBJETIVOS COMUNES:

- Identificar con el paciente los objetivos de los cuidados: Adquisición de autonomía en autocuidados; Identificación de signos/síntomas de riesgo; Prevención de complicaciones.

mental la explicación de los procesos a que se ve sometido y los procedimientos que se le realizan. Igualmente se le informa de las posibles complicaciones y la manera de prevenirlas.

3. FASE DE APRENDIZAJE DE LA AUTONOMÍA

La reeducación vesical es un pilar fundamental en el proceso de rehabilitación del paciente con lesión medular.

El comportamiento de la vejiga, determinado por los hallazgos urodinámicos, nos informará del tipo de disfunción y las posibles complicaciones, pero no podemos olvidarnos de la funcionalidad del paciente, su entorno social y estilo de vida a la hora de establecer el método de eliminación urinaria que interfiera lo menos posible en las actividades de la vida diaria.

El paciente al ir tomando conciencia de su situación, esta-

blece relaciones de paralelismo con su vida anterior, al tiempo que trata de hacer previsiones de futuro.

No es difícil encontrar pacientes que rechazan el autocuidado porque se niegan así mismos o no afrontan la realidad. Es por lo que no manifiestan disposición para participar de forma activa en el programa de reeducación vesical, de adiestramientos en técnicas y estilos de vida acordes con su nueva condición física. Enseñar a un paciente a autosondarse, no es solamente conseguir la destreza en la técnica. Es hacerle participe de su necesidad, comprender su estado de ánimo, facilitar el aprendizaje, valorar su capacidad y hacer activa y asequible la información.

Debemos, asimismo, establecer un programa previo al alta hospitalaria donde se refuerce el sentido de la autonomía y la colaboración familiar en el ámbito de la independencia del paciente. ▼

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA FASE DE APRENDIZAJE DE LA AUTONOMÍA DEL PACIENTE MIELOESO CON VEJIGA NEURÓGENA

DIAGNOSTICO: CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

(Carencia o deficiencia de información de Educación Sanitaria para la Salud Urológica).

OBJETIVOS: CONOCIMIENTO: CONDUCTA SANITARIA

CONOCIMIENTO: PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS. ADIESTRAMIENTOS.

INTERVENCIONES: ACTIVIDADES:

1. EDUCACIÓN SANITARIA:

- Formular los objetivos del programa de educación sanitaria.
- Utilizar instrucción apoyada por multimedia.
- Implicar a los individuos, familia y grupos en la planificación de los planes destinados a la modificación de estilos de vida o respecto de la salud.

2. ENSEÑANZA INDIVIDUAL:

- Valorar el nivel actual de conocimientos y comprensión de contenidos del paciente.
- Potenciar la disponibilidad del paciente para aprender.
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.

3. FACILITAR EL APRENDIZAJE:

- Disponer un ambiente que induzca al aprendizaje.
- Fomentar la participación activa del paciente.
- Utilizar instrucción adaptada a la persona concreta, cuando sea posible.

4. POTENCIACIÓN DEL APRENDIZAJE:

- Ayudar al paciente a desarrollar confianza en su capacidad.
- Lograr la participación de la familia, si resulta oportuno.

5. ADIESTRAMIENTOS EN CATETERISMOS INTERMITENTES A PACIENTES/FAMILIARES:

- Informar sobre la técnica, frecuencia y efectos secundarios.
- Formar en conocimientos anatómicos y fundamento de la técnica.
- Enseñar signos y síntomas de infección, retención urinaria, así como de disreflexia.
- Enseñar técnicas de estimulación vesical externa.

- Instruir en la dieta e ingesta hídrica en relación a la eliminación urinaria.
- Integrar el cateterismo como una actividad más del autocuidado cotidiano, de forma natural.
- Hacer participe y adiestrar a la familia cuando el paciente tenga una gran limitación (lesiones alta con importante pérdida sensitivo-motora).
- Enseñar técnicas de aseo genital.
- Adiestrar en una técnica de sondaje eficaz, con la adecuada lubricación del cateter, sin forzar en la introducción, que evite fricciones y asegure un correcto vaciado.
- Asesorar en el uso de los diferentes materiales urológicos disponibles en el mercado. Mostrar y practicar con distintos tipos de sonda.
- Educar en los hábitos de alimentación, costumbres, y vida sana en relación a la eliminación urinaria.
- Enseñar a identificar signos y síntomas de retención, infección y disreflexia.

6. ADIESTRAMIENTO EN AUTOSONDAJE CON SONDA PERMANENTE:

- Enseñar la técnica del sondaje permanente al paciente o su cuidador principal si es preciso.
- Ganchos adecuados a las bolsas urológicas.
- Sonda vesical permanente fijada al abdomen o el muslo.
- Cambios periódicos generalmente cada 30 días Evitar desconexiones.
- Observar la permeabilidad de la sonda vesical.
- Utilizar preferentemente bolsas de circuito cerrado, con bolsas de pierna, observar presión del sistema de sujeción en pantorrilla. Utilizar por la noche bolsa de cama.

7. UTILIZACIÓN DE COLECTORES:

- Elección del tamaño y tipo adecuado.
- Limpieza del pene antes y después de su uso.
- Correcto secado del pene antes de poner.
- Evitar su torsión.
- Retirar enrollado c/12-24 horas.
- Inspección visual de heridas en pene.
- No utilizar si heridas.
- Descansar del uso por la noche.

8. PLANIFICACIÓN AL ALTA:

- Colaboración con Atención Primaria para continuar los cuidados.
- Identificar la comprensión de los conocimientos y habilidades necesarias por parte del paciente y/o del cuidador principal.
- Comunicar al paciente los planes de alta.
- Fomentar los cuidados de sí mismo responsabilizando al paciente de todos los autocuidados, bajo supervisión, hasta el alta clínica.

R. RIVERO GUTIÉRREZ. C. DÍAZ GARCÍA. M^a J. FERRERO BERNARDINO. F. CUADRILLERO RODRÍGUEZ. Servicio Urología. Hospital Clínico Universitario. Valladolid

La función del auxiliar de enfermería en los planes de cuidados del anciano urológico

INTRODUCCIÓN

El conocimiento profundo de las necesidades de las personas ancianas es de gran utilidad en la práctica de los cuidados de enfermería; proporciona una base útil y sencilla, a partir de la cual, es posible establecer un completo plan de cuidados para los pacientes.

El cuidado integral no puede improvisarse, para que sea de calidad, debe planificarse conforme a un método riguroso, pero lo suficientemente flexible como para poder aplicarlo a cada persona, facilitándonos un conocimiento profundo, que permita iniciar un plan de acción efectivo. Con este fin el auxiliar de enfermería ha adoptado el Plan de Cuidados que consiste en la aplicación del método científico en la atención al paciente prestando los cuidados necesarios, lo que requiere cada uno y no de forma rutinaria, eficaces, con resultados satisfactorios y conocimiento, es decir, conocer al paciente significa conocer lo que le pasa, esto se consigue a través de los planes de cuidados individualizados.

El auxiliar de enfermería ha de incorporarse y participar en este proceso de atención llevando a cabo la metodología específica de enfermería.

Nuestra forma de trabajar, suele en ocasiones rutinaria y por tareas, por lo que es fácil que no se sea consciente del efecto de sus acciones sobre los pacientes ancianos.

Estamos convencidos de que nuestro trabajo tiene o puede tener un efecto beneficioso en los mismos, es decir, nuestra contribución es importantísima para la obtención de resultados, máxime cuando hoy por hoy somos las personas que mayor tiempo pasamos con los pacientes.

Trabajar con Planes de Cuidados significa trabajar por objetivos, lo que permite que las acciones de todos los profesionales vayan en la misma línea. Todo en pro del objetivo y la verificación de los resultados obtenidos como mejor vía para la motivación.

El auxiliar en enfermería tiene un rol interesante que cumplir y quizá nuestra tarea más relevante sea la recogida de información y ocupa un puesto particular junto al anciano, en razón del clima de confianza que habitualmente se establece, además de los cuidados que tengamos delegados por nuestra categoría y los delegados por la enfermera.

ESQUEMA N^o 1. EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

- 1^o. Comprobar órdenes y material.
- 2^o. Lavarse las manos.
- 3^o. Identificar al paciente.
- 4^o. Proporcionar un entorno seguro y privado.
- 5^o. Valoración del problema.
- 6^o. Información al paciente.
- 7^o. Fomentar la comunicación.
- 8^o. Educar.
- 9^o. Valoración continua

EJECUCIÓN DE ACTIVIDADES

Todas las actividades deben de ser practicadas con conocimiento de causa y buena voluntad. No deben hacerse de forma mecánica e inconsciente.

Las tareas implícitas en la realización de actividades pueden ser muy simples o muy complejas, por eso es recomendable el uso de Procedimientos y Protocolo, si los hay.

Las tareas más comunes a las actividades son:

1. Comprobar órdenes y material, es decir, prever lo que vamos a necesitar para evitar así tener que de salir de la habitación del paciente cuando realizamos una tarea, esto se consigue identificando al paciente con el problema que sufre y viendo en cada caso particular el material que será necesario para cada uno de ellos.

2. Lavarse las manos, antes y después de retirarse los guantes, con cada uno de los pacientes, para evitar así la propagación de infecciones nosocomiales.

3. Identificar al paciente, como hemos explicado, identificando a cada paciente con su problema, se previenen muchas situaciones molestas e incómodas.

4. Proporcionar un entorno seguro y privado, cuando un paciente llega al hospital, además de soportar su enfermedad, tiene que sufrir una pérdida brusca de su intimidad, comparte habitación, cuarto de baño, etc. con más personas extrañas, por lo tanto a la hora del aseo o una cura que implique poner al descubierto al enfermo, debemos aprovechar los enseres que tenemos a nuestro alcance como toallas, biombos, cortinas, etc. Protegiéndolo para no acentuar su pérdida de intimidad.