



CLÍNICA

CUIDADOS A PERSONAS CON DISCAPACIDAD SEVERA. CASO CLÍNICO.

CARES TO PEOPLE WITH SEVERE DISCAPACITY. CLINICAL CASE.

***Zapata Sampedro, M. A., *Matute Caballero, M. N. *Cobos Boza, J.**

*Diplomado Universitario en Enfermería. Centro de Salud Polígono norte. Distrito sanitario A.P. Sevilla.

Palabras clave: cuidadoras informales, personas con gran discapacidad, plan de cuidados, enfermera comunitaria.

Key words: nursing care plan, primary care nurse, great disabled, unable.

RESUMEN

Se sabe que la enfermera de atención primaria es responsable de la atención domiciliaria a aquellas personas que son incapaces de cuidar de si mismos, debido a enfermedad o discapacidad. En muchas ocasiones presentan cotas de dependencia muy altas, los cuales son considerados como grandes discapacitados.

Por ello, el profesional enfermero debe proponer un plan de cuidados enfermero, con el fin de desarrollar al máximo su autonomía; o, al menos, velar por el mantenimiento de sus necesidades más básicas. Para ello, se enseña al cuidador, que es el responsable de la atención de las necesidades diarias de estos pacientes.

Se describe el caso clínico de un hombre de 24 años, que es totalmente dependiente. En este caso, se desarrolla un plan de cuidados enfermeros. Este plan incluye criterios de resultados e intervenciones enfermeras.

La enfermera de atención primaria debe prestar especial atención a estas personas.

SUMMARY

It is known that the primary care nurse is responsible of domiciliary attention to those persons who are unable to care for him/herself due to illness or disability. Many times, they present very high levels of dependency reason why they are considered like great disabled.

For that reason, the nurse must propose a nursing care plan in order to develop the autonomy of disabled person at the best possible levels; or, at least, to guard by the maintenance of its more basic necessities. For it, it is taught the caregiver, who is responsible for attending the daily needs of this patients.

It is described the clinical case of a man with 24 years old who is totally dependent. In this case, a individual nursing care plan is developed. This plan includes desired outcomes and nursing interventions.

The primary care nurse should pay special attention to the care of these persons.

INTRODUCCIÓN

La atención domiciliar es una modalidad asistencial dirigida a las personas que, por su situación de salud, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio. Esta es, sin lugar a dudas, una labor tan cotidiana como importante para la enfermera del equipo básico de atención primaria. Aunque, en principio, los destinatarios son personas que padecen incapacidad, parece conveniente incluir a aquellas que tienen grandes dificultades para desplazarse.

Los grandes discapacitados pueden definirse como aquellas personas que sufren cotas de dependencia altas o muy altas para las actividades de la vida diaria; es decir, una merma importante de su autonomía. Para evaluar esta dependencia, contamos con herramientas de uso muy común por la enfermera comunitaria, como puede ser el índice de Barthel.

Este grupo de pacientes crece debido, en gran medida, al aumento de la incidencia de patologías que cursan con lesiones neurológicas severas e irreversibles. En personas mayores suelen presentarse, sobre todo, como demencias vinculadas a procesos degenerativos (como el tipo Alzheimer), mientras que en personas jóvenes es frecuente encontrar dichas lesiones a raíz de accidentes (como los de tráfico).

Estos pacientes suelen ser, en primer término, los que reciben la primera atención enfermera, por los que el profesional se adentra en su entorno habitual.

En cambio, una vez dentro de su medio, es muy frecuente encontrar la figura de un cuidador. Emplearemos el término cuidadora porque habitualmente esta actividad es desempeñada por mujeres (relacionado con roles culturales que persisten en nuestra sociedad). En este texto vamos a referirnos a las cuidadoras informales, que son aquellas que lo hacen sin recibir una contraprestación económica; es decir, de forma no profesional, solo por lazos familiares o de amistad.

A continuación, exponemos el caso clínico de una persona que sufre una gran discapacidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Para la exposición de un caso clínico acerca de una persona que sufre una discapacidad severa, seleccionamos a una persona perteneciente a nuestra zona básica que presenta una dependencia total para las actividades de la vida diaria, objetivado por el índice de Barthel en el que presenta 5 puntos sobre 100 (siendo considerada dependencia total cuanto presenta en el referido índice 20 puntos o menos).

Posteriormente, se realizó una entrevista personal semidirigida a la cuidadora principal del paciente, como fuente esencial de información acerca de este. Además, aprovechando la visita al domicilio, se evaluó el entorno en el que el paciente desarrolla su vida, para de esa forma proceder a una valoración integral de enfermería.

Dicha valoración se ha realizado según los patrones funcionales de salud (M. Gordon). El texto aparece desarrollado de una sola vez, siguiendo el orden de patrones propuesto (primero, percepción/control de salud; segundo, nutrición; tercero, eliminación; etc.) pero sin especificarlos, pues cualquier profesional enfermero sabrá determinar al leer a cual nos referimos, evitando redundancias y apareciendo la persona como unidad, y no como el conjunto de diversas partes.

Hemos dejado constancia únicamente de aquella información que nos resulta útil y necesaria, huyendo de aditamentos que poco o nada aporten. En ese sentido, al final del texto indicamos que el resto de los patrones que no aparecen han sido igualmente evaluados pero que no nos aportan ningún dato reseñable.

A la hora de realizar esta valoración, se han utilizado también diversas escalas muy frecuentes en la práctica clínica enfermera, como la escala de Norton (con la que evaluamos el riesgo de úlceras por presión), o el ya mencionado índice de Barthel (para determinar la autonomía de la persona para realizar las actividades de la vida diaria).

A partir de estos datos (valoración), se continúa el proceso de atención enfermera, con los juicios que se desprenden (diagnósticos). Utilizamos la taxonomía diagnóstica de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association), y los hemos dividido, en este caso, en tres apartados.

En primer lugar nombramos los diagnósticos (D) en los que la enfermera tiene una labor independiente. A partir de ellos sugerimos los objetivos en cuanto a resultados (O) de acuerdo con los NOC (Nursing Outcomes Classification); las intervenciones (I) para llegar a ellos según los NIC (Nursing Interventions Classification), y las actividades que han sido propuestas.

Posteriormente, enumeraremos en segundo lugar las necesidades que se consideran suplidas; aquellos diagnósticos presentes en anteriores valoraciones y para los cuales sus cuidadores han logrado alcanzar unos criterios de resultados fijados.

Y en tercer, y último lugar, comentaremos los problemas de colaboración que presenta.

RESULTADOS

José, de 24 años de edad, sufrió un accidente de tráfico en mayo de 2000 que le ocasionó daños neurológicos severos. A pesar de esto, su estado de salud actual es bueno (aparte, sólo es reseñable sobrepeso evidente e hiperlipidemia). Está muy bien atendido. Sus cuidadores han conseguido suplir muchas de sus necesidades con un considerable esfuerzo (ver necesidades suplidas), siendo Esperanza, su madre, su cuidadora principal.

Medicación habitual: carbacepina 400 mg (1-1-1); levomepromazina 25 mg (1-1-1); diacepam 10 mg (1/2, 1/2,1); atorvastatina 10 mg (0-0-1); AAS 100 mg (0-0-1); zolpidem 10 mg (0-0-1); omeprazol 20 mg (0-0-1); paracetamol 500 mg (0-0-1); y risperidona 3 ml/noche.

Tiene indicación médica para doblar la dosis de diacepam de la noche en caso de ser necesario por agitación psicomotora.

Se encuentra correctamente vacunado (incluidas las dosis de recuerdo antitetánicas y la vacunación antigripal anual). No alergias conocidas.

La vivienda presenta unas condiciones ambientales más que aceptables en cuanto a temperatura (tiene aire acondicionado), humedad, luminosidad, limpieza, etc. Está adaptada, destacando pasillos y puertas más anchos por los que se mueve la silla de ruedas con facilidad.

Entre el material ortoprotésico del que disponen hay que señalar la silla de ruedas y una grúa (aunque esta no la utilizan todavía debido a que José no colabora, pero confían en lograrlo) facilitadas todas por el sistema sanitario público. Además, posee una cama articulada y un colchón de látex costado de forma privada. A pesar de las barandillas laterales de la cama, el paciente presenta un antecedente de caída de la cama, de la que hace ya más de 4 años.

Se alimenta por boca, con una dieta basada en líquidos (1000 ml/día aprox., incluyendo aporte dietético de tres bricks/día; no toma agua, prefiere la leche), y semisólidos (triturados).

No presenta especial dificultad a la hora de deglutir (aunque come en cama, la familia conoce la importancia de tomar las medidas necesarias para disminuir el riesgo de aspiración).

El estado de la piel y de mucosas es bueno, sin enrojecimientos ni heridas. Higiene adecuada.

Su peso (estimado) ronda los 85-90 kg (sobrepeso). Alto riesgo de úlceras por presión (9 puntos en la escala de Norton).

Presenta incontinencia, tanto fecal como urinaria, usando pañales de día y de noche para ello. No estreñimiento ni diarrea.

Dependencia total para las actividades de la vida diaria (5 puntos en el índice de Barthel). Habitualmente en cama, es levantado dos horas por la mañana y otras dos en la tarde (si hay dos personas para moverlo).

Es usual que al menos una vez por semana no duerma (por cuadro de agitación psicomotora) a pesar de la medicación.

Presenta deterioro cognitivo severo.

Vive con su padre y con su madre. Tiene una hermana que vive en Ávila. Además, se relaciona con aquellas personas que acuden a su domicilio a colaborar en sus cuidados.

A veces sale a la calle en silla de ruedas. Ahora lo está tolerando mejor que cuando empezó a salir.

Resto de patrones sin incidencias significativas.

El paciente está siendo tratado por la unidad de hospitalización domiciliaria de su hospital de referencia. Además, está siendo tratado por un fisioterapeuta privado.

La familia encuentra apoyo en amigos o familiares (para realizar la higiene, movilizar al paciente, recoger recetas, etc.); aparte, reciben la ayuda de tres horas diarias todos los días de lunes a viernes por parte de los servicios sociales del ayuntamiento.

* Diagnósticos enfermeros

D. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilidad e incontinencia

O. Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas.

O. Integridad tisular: piel y membranas mucosas.

I. Prevención de úlceras por presión.

I. Vigilancia de la piel.

I. Control de presiones.

I. Cuidados de la incontinencia urinaria.

I. Baño.

D. Riesgo de déficit de volumen de líquidos.

O. Hidratación.

I. Manejo de los líquidos

Como normal general, creemos necesario especificar sólo los diagnósticos más importantes en caso de haber varios, que a veces ocurre; es decir, los que pensemos que requieren una actuación más urgente o necesaria.

En el caso de José, los dos que se plantean son los que requieren una actuación más necesaria, siendo además lo más reseñable.

El primero está siendo bien atendido por sus cuidadores, aunque todavía existe cierto potencial de mejora (como cambios posturales más frecuentes), y sin poder descuidar lo que ya se hace adecuadamente (como la higiene).

El segundo, respecto al riesgo de déficit de volumen de líquidos, y a pesar de estar siendo tratado por un dietista, se indica porque tenemos una labor independiente que realizar en ese terreno.

Para ello proponemos las siguientes actividades enfermeras:

- Controlar una adecuada ingesta de líquidos, valorando el estado de la piel y las mucosas.
- Insistir en la necesidad de realizar cambios posturales frecuentes a lo largo del día, así como en mantener una higiene adecuada. Además, es recomendable reiterar que sigan utilizando medios para reducir la presión en determinadas áreas.

* Necesidades suplidas

En esta ocasión hemos encontrado una serie de diagnósticos que podrían ser susceptibles de enumerarse en el anterior apartado pero que pensamos, siguiendo las directrices marcadas por la profesora Luis Rodrigo, que no deben considerarse como tales por diferentes motivos, ya que no se cumplen los criterios para utilizarlos (por ejemplo, en casos en los que no se puede desarrollar más el potencial de la persona), y/o porque están siendo

encomiablemente suplidos por su cuidadora y su familia (ya que conocen y aplican todas las medidas que pueden ser necesarias y que se encuentran a su alcance). Aunque algunos de estos diagnósticos han aparecido en anteriores valoraciones de este paciente, en la actualidad su cuidadora ha logrado alcanzar los criterios de resultados fijados en su plan de cuidados. A destacar:

- Déficit de autocuidados. En este caso hacen referencia a los problemas de autonomía (higiene, alimentación, eliminación, movilidad) que presenta José. Están cubiertos, fundamentalmente por el trabajo de su cuidadora. Aún así, no es factible aumentar la capacidad de autocuidados, por lo que no debería utilizarse en este caso esta categoría diagnóstica.

- Riesgo de traumatismo. La familia conoce (verbaliza) y pone todas las medidas de prevención para que José no se dé golpes o sufra caídas, a pesar de que el riesgo puede persistir.

- Riesgo de aspiración. La cuidadora domina y aplica todas las medidas que están a su alcance para prevenir posibles atragantamientos o aspiraciones, resultando que José no suele tener problemas para deglutir.

Como podemos comprobar, existen personas que sufren una gran discapacidad que se encuentran adecuadamente atendidos, y sus cuidadores principales y/o familias consiguen con el tiempo alcanzar unos niveles de cuidados elevados, con el resultado de que el paciente presenta la mayor parte de sus necesidades atendidas o suplidas, manteniendo una calidad de vida francamente aceptables en función a sus circunstancias personales.

En este punto, es reseñable que la actuación enfermera en estos casos en los que se presenta una necesidad suplida es valorar periódicamente que se siguen dando las mismas condiciones. En caso de que cambie alguna, puede incluirse como diagnóstico y trabajar con él.

Su valor fundamental estriba en que si una necesidad que estaba siendo cubierta efectivamente deja de estarlo, puede indicarnos una respuesta en la cuidadora, del tipo de riesgo o cansancio en el desempeño del rol u otro. Por ello, tanto para el propio paciente como para su cuidadora, estaremos muy pendientes de estas necesidades que aparecen ya cubiertas, debiendo ser valoradas periódicamente.

* Problemas de colaboración.

Son problemas que han sido diagnosticados y están siendo tratados por otros profesionales, y en el que nuestra labor es de colaboración.

- Deterioro del patrón del sueño. Se trata de un problema crónico que está siendo tratado por un neurólogo. En cualquier caso, la familia maneja la situación según le han indicado los médicos.

- Deterioro de la comunicación verbal. Tampoco podríamos aplicar este diagnóstico por tener un componente fisiopatológico, y por el que está siendo tratado por sus médicos, acudiendo además a un logopeda. Aún así, la familia procura estimular constantemente y de diferentes maneras a David para que se exprese, para que pida las cosas, etc.

- Alteración de la nutrición. Igualmente está siendo tratado por un dietista, que le controla la nutrición y le prescribe el aporte dietético.

En estos casos (muy frecuentes por otra parte debido a los graves problemas neurológicos que cursan ciertas enfermedades ya mencionadas), la actuación no es independiente, y, por lo tanto, requiere de la colaboración de distintos profesionales.

CONCLUSIONES

Como es sabido, y hemos podido observar, este tipo de pacientes con lesiones neurológicas irreversibles y con niveles tan elevados de dependencia presentan unos cuidados ciertamente complejos, que pueden ser, además, extensos a lo largo del tiempo.

Aún así, es frecuente encontrar a estos pacientes muy bien atendidos, como es este caso, en el que sus cuidadores, y especialmente su cuidadora principal han conseguido con el tiempo y con un esfuerzo inconmensurable suplir gran parte de las necesidades de José, convirtiéndose de ese modo en una excelente cuidadora.

Por esto mismo, resulta que el paciente tiene una calidad de vida más que aceptable gracias a los cuidados que recibe, y apenas presenta necesidades sin cubrir. Como hemos observado, la mayoría de sus problemas presentan un componente fisiopatológico, secundarios a las lesiones que padece, y están siendo tratados por sus médicos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Luis Rodrigo M.T.: "Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica". Ed. Masson. 2ª edición. Barcelona, 2002.
- Jonson M. Et al.: "Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. Interrelaciones NANDA, NOC y NIC." Ed. Hartcourt. 1ª edición. Madrid, 2002.
- Kim M.J., McFarland G.K. y McLane A.H.: "Diagnóstico de enfermería y plan de cuidados". 5ª edición. Ed. Hartcourt Brace. Madrid, 1994.
- Del Pino Casado B., Casado Lollano A., Nieto García E., Monleón Just M., Villacañas Novillo E. Y Sánchez Pérez C.: "El paciente en su domicilio. Caso clínico". Rev ROL Enf 2006; 29(4):253-256.
- Gordon M.: "Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación". 3ª edición. Ed. Mosby-Doyma Barcelona, 1996.
- Potter P.A.: "Valoración de la salud". 3ª edición. Ed. Mosby-Doyma. Madrid, 1995.
- Phaneuf M.: Cuidados de enfermería". 1ª edición. Ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 1993.
- Roca M. y Úbeda I.: "La familia, cuidadora informal del enfermo neurológico". Rev Summa neurológica, Sep 2003; Vol II nº 3: 45-46.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia