

EL PLAN DE ALTA: UNA HERRAMIENTA PARA EL CUIDADO INTEGRAL Y LA RECUPERACIÓN DE LA PERSONA ENFERMA

Lina Pinzón de Salazar⁷⁴

RESUMEN

El presente artículo propone los aspectos que deben tenerse en cuenta al realizar el Plan de Alta para un enfermo, agrupándolos por medio de una nemotecnia que, a la vez que facilita su memorización, refleja un cuidado integral. Reafirma la autonomía de la persona enferma y tiene en cuenta a los cuidadores cuando se trata de personas que no pueden asumir total o parcialmente su auto-cuidado.

PALABRAS CLAVES: Auto-cuidado, enfermería, plan de alta.

Recibido: Mayo 2005. Aceptado: Junio 2005

ABSTRACT

The present paper highlights the aspects that must be considered at the time of drawing up the patient discharge plan. This is done by grouping the aspects according to a mnemonic, which not only facilitates its memorization, but also reflects a well-rounded care. The proposed plan strengthens the autonomy of the ill person, but it also considers the caretakers in situations dealing with people who cannot assume total or partially responsibility of their self-care.

KEY WORDS: Self-care, nursery, patient discharge plan

Una de las características de la época actual es la prioridad que tiene la autonomía de las personas, en virtud de la cual cada quien dirige su vida según su propio código de valores y participa activamente en los distintos ámbitos de la vida social; como sostiene Gracia,⁷⁵ aludiendo a este principio, genera: "...la toma de conciencia explícita por parte del enfermo de su condición adulta, y por tanto de su capacidad para tomar decisiones sobre su propio cuerpo"; a la par, tenemos un modelo de atención en salud según el cual las hospitalizaciones son cortas y el reintegro al hogar se produce precozmente, cuando no siempre se han superado las limitaciones para retomar en forma completa las actividades cotidianas. Estos dos hechos ponen de relieve la importancia de los cuidados de enfermería relacionados con el egreso de la persona enferma, los cuales hacen parte del plan de cuidados preparado para él y que es, a su vez, un paso del Proceso de Atención de Enfermería.

Dado que se trata de una actividad que se comienza a planear desde el primer contacto del profesional de enfermería con la persona enferma, pero que se concluye cuando es dado de alta, se denomina Plan de Alta, y consiste en una serie de recomendaciones que se le dan a conocer en forma oral y escrita, de tal forma que sea comprendido a cabalidad,⁷⁶ una vez se ha firmado la salida por parte del médico y se han llevado a cabo

⁷⁴ Enfermera, Profesora titular, Departamento de Salud Pública, Universidad de Caldas. E-mail: amelita75@latinmail.com

⁷⁵ GRACIA, Diego. Fundamentación y enseñanza de la Bioética. Santafé de Bogotá: El Búho, p. 14

⁷⁶ PINZÓN de Salazar, Lina. El derecho a la información en salud. En: Boletín del Centro de Investigaciones y Estudios Bioéticos. Manizales: Universidad de Caldas, 1997, p. 2.

los trámites previos a ésta: epicrisis, fórmula médica, entrega de rayos X si está establecido en la institución, facturación realizada, cancelación si es el caso, remisión a otra institución, otros trámites institucionales, determinación del medio de transporte y el acompañante para llevar al enfermo hasta su lugar de destino.

La promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son estrategias no exclusivas del trabajo en la comunidad; por lo contrario, deben estar presentes a lo largo de todo el proceso salud-enfermedad y tienen aplicación tanto a nivel individual como grupal⁷⁷; al mismo tiempo, la profesión de enfermería está presente en esos ámbitos, como claramente se expresa en el artículo 3 de la Ley 266 de enero 25 de 1996 que a la letra dice:

“La enfermería es una profesión liberal y una disciplina de carácter social, cuyos sujetos de atención son la persona, la familia y la comunidad, con sus características socioculturales, sus necesidades y derechos, así como el ambiente físico, y social que influye en la salud y el bienestar. El ejercicio de la enfermería tiene como propósito general promover la salud, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, rehabilitación y recuperación de la salud, aliviar el dolor, proporcionar medidas de bienestar y contribuir a una vida digna de la persona...”⁷⁸

En consecuencia, y para alcanzar estos propósitos, el plan de alta constituye una herramienta fundamental gracias a la cual se espera que el enfermo, al salir de la institución de salud, no sólo lo haga con un problema resuelto en la medida de las posibilidades sino que, además, cuente con nuevos conocimientos y haya generado actitudes que contribuyan a un mejor estar.

Las recomendaciones acerca de los cuidados tienen que ver con la información que requiere la persona enferma y/o su familia para responder adecuadamente a las necesidades generadas por la enfermedad, para prevenir recaídas, complicaciones o aparición de nuevas enfermedades, y para adoptar prácticas de auto-cuidado, que deriven en una vida más sana, plena y gozosa; éstas incluyen “alimentación adecuada, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridos, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento de prescripciones de salud, comportamientos seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios del contexto, y prácticas de auto-cuidado en los procesos mórbidos”⁷⁹ Cabe anotar que las indicaciones, tanto orales como escritas, deben ser comprensibles y claras, verificando siempre la forma como el mensaje ha sido captado.

En el Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas se han trabajado los planes de alta a partir de la nemotecnia **MÉTODO**, que corresponde a los cuidados relacionados con: **M**edicamentos, **E**ntorno, **T**ratamientos no farmacológicos, **O**rganización ambulatoria,

⁷⁷ TOBÓN CORREA, Ofelia y GARCÍA OSPINA, Consuelo. Promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica: ¿qué los acerca? ¿qué los separa? En: Revista Hacia la Promoción de la Salud., Año 5, diciembre de 2000. Manizales: Universidad de Caldas. P.16.

⁷⁸ COLOMBIA. Ley 266 de 1.996 (enero 25). Asociación Nacional de Enfermeras ANEC. Bogotá: 1996.

⁷⁹ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD Y ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, citado por Tobón, Ofelia y García, Consuelo. En: Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Manizales: Universidad de Caldas, 2004, p. 33.

Dieta y Otros. Con el fin de reforzar y ampliar los cuidados que debe tener la persona enferma o convaleciente, bien sea proporcionados por ella misma (auto-cuidado) o por su familia o cuidador (asistencia), se proponen nuevos aspectos para incluir en el plan de alta. La Nursing outcomes classification (NOC) ⁸⁰ incluye varios de los puntos que se enuncian a continuación, como necesarios para que la persona que asiste al enfermo pueda desempeñar de manera satisfactoria su rol. De manera análoga, puede decirse que son igualmente importantes cuando el encargado de proporcionar los cuidados es la persona misma.

Para facilitar su memorización y no pasar por alto algún aspecto básico, se propone la palabra **CUIDARME**, que hace alusión al objeto de la profesión y a la responsabilidad que tenemos todas las personas frente a nuestra salud. Esta palabra corresponde a: **Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación** y uso del tiempo libre, **Medicamentos** y tratamientos, **Espiritualidad**. A continuación se desarrolla cada uno de estos aspectos no sin antes resaltar la necesidad de adaptarlos a cada persona en particular, teniendo en cuenta sus características, de tal manera que se proporcione un cuidado individualizado e integral.

COMUNICACIÓN: Identificar la institución y la persona del equipo de salud a la cual debe recurrir la persona enferma cuando presente molestias y complicaciones, y las personas de su familia a las cuales puede solicitar colaboración; las redes de apoyo que puede buscar según el caso (grupos de diabéticos, de hipertensos, de alcohólicos anónimos, juveniles, religiosos, de jubilados, asociaciones de padres, etc). Es fundamental que la (el) enfermera(o), de común acuerdo con el enfermo si es pertinente, identifique el familiar o la persona a la cual resulte conveniente involucrar en el plan de alta; después de todo, tal como lo recuerda Sánchez ⁸¹, en ocasiones es el cuidador quien debe tomar las decisiones y asumir el cuidado directo o la supervisión de éste. Así mismo, y de acuerdo con las necesidades y los recursos, realizar un resumen del plan de atención de enfermería que se ejecutó para el enfermo y de su situación al egreso, para que la persona lo entregue a la (el) enfermera(o) del centro de salud o de la institución en donde recibe atención habitualmente, con el fin de que reciba las visitas y orientaciones que requiera durante su convalecencia en el hogar.

URGENTE: Informar acerca de los signos de alerta que indican un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, datos que la persona enferma debe conocer, así como las acciones que debe llevar a cabo si se presentan; de este punto depende, en buena medida, la calidad de vida de la persona. Incluye, además, la información sobre sitio, fecha y hora del próximo control y los documentos que debe llevar (de identificación, carné de la seguridad social, epicrisis, fórmula médica, rayos X. etc.).

INFORMACIÓN: ¿La persona conoce, y desea saber cuál es su enfermedad, tratamiento y pronóstico? Dependiendo de esto, solicitar al médico tratante que proporcione la información correspondiente; como se establece en la Ley 911 de octubre 5 de 2005, "El profesional de enfermería no hará a los usuarios o familiares pronósticos, o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos

⁸⁰ JOHNSON, Marion y cols., citado por Sánchez, Beatriz. En: El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002, p. 377.

⁸¹ SÁNCHEZ, Beatriz. Habilidades de cuidado de los cuidadores de personas en situación de enfermedad crónica. En: El Arte y la Ciencia del Cuidado. Grupo de Cuidado Facultad de Enfermería. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002, p.374.

por otros profesionales”⁸² Aclarar las dudas que tenga la persona con respecto a los cuidados, e indagar acerca de si requiere alguna otra información sobre su estado clínico; el profesional de enfermería, debido a la cercanía y conocimiento integral de aquel a quien cuida, está en una posición privilegiada que le permite identificar oportunamente esas necesidades o vacíos en el conocimiento de la enfermedad por parte de la persona. Verificar si conoce sus derechos relacionados con la salud y cómo y dónde ejercerlos y los servicios que le ofrece el sistema de salud.

DIETA: Este aspecto incluye la información relativa a dietas especiales si las requiere, educación e información sobre alimentación balanceada según el ciclo vital, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación y otros tópicos relacionados, de acuerdo con los datos que se hayan obtenido al valorar el patrón nutricional y metabólico. Deben tenerse en cuenta los gustos y la capacidad económica de la persona, para sugerir alimentos que estén a su alcance y para facilitar la adopción de cambios que redunden en un mejor nivel de salud.

AMBIENTE: Para hacer las recomendaciones acerca de este punto, es necesario haber indagado previamente sobre el ambiente doméstico, laboral y social en el que se mueve la persona y que incida en su salud y en la de su familia, para dar la educación e información correspondientes. Entre otros aspectos están: disposición y manejo de basuras, higiene del hogar, tenencia de animales domésticos y plantas (por la posibilidad de zoonosis y de que se desencadenen crisis en personas con problemas alérgicos, entre otros), riesgos arquitectónicos como escalas, balcones, azoteas, uso de tapetes que puedan ocasionar caídas, ubicación de la habitación con respecto de otras áreas a donde deba desplazarse (baño por ejemplo), en especial si la persona tiene alguna limitación para la movilización o un deterioro visual, ventilación e iluminación de la vivienda y del sitio de trabajo, uso de elementos de protección laboral. Se trata, en todo caso, de considerar aspectos del ambiente que rodea al enfermo que sean relevantes de acuerdo con su estado de salud, sus factores de riesgo y factores protectores.

RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE: Tener en cuenta los datos recolectados durante la valoración por patrones acerca de cómo usa la persona su tiempo libre y, de acuerdo con ello, brindar información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad. Comentar con ella acerca de los recursos que existen en el barrio y en el trabajo y que podrían resultar atractivos, adecuados a las condiciones de la persona y posibles, tales como clubes de caminantes, clases de culinaria, equipos deportivos, parques, entre otros. Es importante tener en cuenta la socialización a través de salidas, paseos, recibir y hacer visitas, siempre y cuando esto no interfiera o constituya un riesgo para la persona.

MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS: Transcribir con letra clara la fórmula médica y discutir el horario más adecuado para la persona teniendo en cuenta su ritmo de vida y las características de los medicamentos, por ejemplo que algunos no deben administrarse en forma simultánea con otros, que las comidas pueden interferir con la absorción de unos de ellos y, en cambio, para otros se recomienda la administración con los alimentos, que las reacciones adversas de unos cuantos pueden interferir con algunas actividades cotidianas, entre otros aspectos a considerar. Tener en cuenta si la persona sabe leer, o si debe guiarse por algún indicio seguro para identificar

⁸² COLOMBIA. Ley 911 de 2004 (octubre 5). Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería, 2005.

los medicamentos. Hacer hincapié en la duración del tratamiento, en especial cuando se trata de enfermedades crónicas que requieren medicación durante toda la vida. Informar y escribir con claridad aquellos signos que indican reacciones adversas a los medicamentos y que exigen consulta de inmediato, verbigracia las náuseas y las alteraciones de la frecuencia cardíaca con los digitálicos, las hemorragias al recibir anticoagulantes. Si es el caso, tratar explícitamente los riesgos de la automedicación y la importancia de acudir a la asistencia profesional en caso de requerirse. No olvidar que, con frecuencia, las personas consumen medicamentos para patologías diferentes a lo que motivó la consulta: a menos que el médico indique lo contrario, estos medicamentos deben seguir administrándose, situación que debe ser comentada al enfermo o a su cuidador.

Incluir información sobre tratamientos no farmacológicos que requiera la persona, tales como curaciones (frecuencia, sitio a donde debe acudir), cambios de sonda, administración de oxígeno, nebulizaciones, actividades recomendadas y desaconsejadas o “prohibidas”, tiempo que debe esperar antes de reiniciar su vida sexual y modificaciones sugeridas a ésta de acuerdo con la situación clínica y la evolución de la persona (vale decir, actividades que exigen un esfuerzo físico menor, por ejemplo); indicación acerca de los períodos de reposo recomendados de acuerdo con su estado, en particular en algunos post-operatorios e, incluso, en algunas patologías médicas, técnicas para manejo del estrés, ejercicios, fisioterapia, entre otros. En ocasiones, y en especial cuando la persona debe convivir por largo tiempo con alguno de estos tratamientos, ameritará un entrenamiento previo de tal manera que, cuando sea dada de alta, esté ella o su cuidador en condiciones de manejarlo correctamente; tal es el caso de quienes requieren oxígeno domiciliario, sonda vesical o de gastrostomía a permanencia, diálisis, por ejemplo.

ESPIRITUALIDAD: Los seres humanos somos trascendentes, y las manifestaciones del espíritu son múltiples; incluyen desde las expresiones artísticas hasta la dimensión religiosa, algunos aspectos que cada quien considera fundamentales como por ejemplo el amor, la solidaridad, el cultivo de sí mismo a través de la lectura, la unión familiar, la participación en grupos de reflexión, académicos o sociales, entre otras cosas. Retomando a Sánchez ⁸³, la espiritualidad es una parte de la totalidad humana que “agrupa las ideas filosóficas acerca de la vida y su propósito, y tiene el poder de dar forma y significado al ser, saber y hacer, que se puede reconocer como un impulso unificador, un sistema de guía interno básico para el bienestar humano, que motiva para escoger las relaciones y búsquedas necesarias”. La enfermedad, con frecuencia, constituye una oportunidad para replantear la vida, para resaltar lo que realmente resulta valioso para la persona, para proponerse nuevas metas que enriquecen la existencia y que impulsan al individuo para ir más allá, para trascender. Es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo con las características particulares del enfermo, y orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto.

En particular cuando se cuida a personas en estado terminal, puede observarse la importancia que adquiere la dimensión espiritual; ocurre como si se diera un vuelco a la escala de valores de modo que aspectos a los que se había dedicado un gran esfuerzo durante la vida pasan a un segundo plano (el dinero, el estatus social, los logros profesionales, el trabajo, la apariencia física), dejando el lugar a otros: abrazar a un ser querido, recibir un sorbo de agua dado con afecto, pedir perdón y ofrecerlo, admirar la

⁸³ SÁNCHEZ, Beatriz. Dimensión Espiritual del Cuidado en Situaciones de Cronicidad y Muerte. En: Revista AQUICHAN. Año 4. No. 4. (2004). Bogotá: Universidad de la Sabana. p. 6.

belleza de la naturaleza, escuchar la risa de un niño, percibir la cercanía de las personas amadas y, en ocasiones, orar y llorar con ellas, revisar su fe. Si se está convencido de que el cuidado de enfermería es integral, estos entonces serán también elementos para tener en cuenta en el plan de alta

Como se dijo, el plan de alta se empieza a planificar desde el momento del ingreso del enfermo, cuando se realiza la valoración de enfermería y a lo largo de su estancia en la institución, de tal manera que responda fielmente a sus necesidades y recursos. Por lo general es importantísimo involucrar a la familia si la persona lo admite o si se trata de personas que no tienen capacidad para tomar decisiones y cuidar por sí mismas de su salud. Siempre debe entregarse por escrito, con letra clara y en un lenguaje comprensible. Puede tenerse planes de alta estandarizados que incluyan los cuidados que ordinariamente se requieren para determinadas patologías pero, aún en estos casos, es indispensable complementarlos de acuerdo con la situación y características particulares de cada persona.

BIBLIOGRAFÍA

CENTRO DE ESTUDIOS E INVESTIGACIONES BIOÉTICAS. Boletín. Manizales: Universidad de Caldas, 1997.

COLOMBIA. Ley 266 de 1996 (enero 25). Santafé de Bogotá: Asociación Nacional de Enfermeras ANEC, 1996.

COLOMBIA. Ley 911 de 2004 (octubre 5). Bogotá: Tribunal Nacional Ético de Enfermería, 2005.

GRACIA, Diego. Fundamentación y Enseñanza de la Bioética. Santafé de Bogotá: El Búho, 1998.

GRUPO DE CUIDADO FACULTAD DE ENFERMERÍA. El Arte y la Ciencia del Cuidado. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia, 2002.

SÁNCHEZ, Beatriz. Dimensión espiritual del cuidado en situaciones de cronicidad y muerte. En: Revista AQUICHAN. Año 4. No. 4 (2004). Bogotá: Universidad de la Sabana. 2004.

TOBÓN CORREA, Ofelia y GARCÍA OSPINA, Consuelo. Promoción de la Salud, prevención de la enfermedad, atención primaria en salud y plan de atención básica: ¿Qué los acerca? ¿Qué los separa? En: Revista Hacia la Promoción de la Salud. Año 5, diciembre de 2002. Manizales: Universidad de Caldas. P. 16.

TOBÓN CORREA, Ofelia y GARCÍA OSPINA, Consuelo. Fundamentos teóricos y metodológicos para el trabajo comunitario en salud. Manizales: Universidad de Caldas, 2004.