

SUSAN A. SALLADAY, PHD, RN

UN COLEGA EN DUELO

Investigar los síntomas

Una de las auxiliares de enfermería de nuestra unidad perdió recientemente a su marido, de 30 años, por un cáncer. Aparentemente, ella no mostraba ningún problema de salud, pero empezó a tener síntomas físicos incluyendo fatiga, anorexia, cefalea e insomnio. Mis compañeros y yo creemos que estos síntomas pueden estar relacionados con su proceso de duelo, pero cuando educadamente se lo sugerí, se enfadó conmigo y me dijo: “¿Crees que me lo estoy inventando todo? ¿Crees que me gusta estar enferma?” ¿Cómo debo actuar?—A.D., MASS.

Es revelador que su compañera respondiera con ira ante sus muestras de preocupación por ella. ¿Por qué cree que percibió su preocupación como si se tratara de una acusación? La próxima ocasión que tenga de compartir un momento de privacidad, sencillamente discúlpese por cualquier malentendido y pregúntele qué puede usted hacer para



ROY SCOTT

apoyarla, haciéndole saber que se pone a su disposición para lo que necesite ahora o más adelante.

Puede que tenga razón sobre el origen de sus problemas. Si su compañera no es consciente de que el duelo natural puede generar síntomas físicos como los que ella experimenta, considere sugerirle algunos recursos de ayuda. Por ejemplo, si su marido fue atendido en el hospital, ella puede beneficiarse de servicios de apoyo al duelo. Su empresa quizás disponga de un programa

de apoyo a los empleados al que ella pueda incorporarse. El capellán de su centro también puede ser un excelente recurso, que a su vez puede sugerir otros recursos, tales como los programas de supervivientes del cáncer. Depende de ella escoger alguna de estas opciones cuando se sienta capaz.

Sin embargo, suponga que sus problemas de salud tienen otra causa. Por ejemplo, quizás haya subestimado alguna enfermedad subyacente mientras cuidaba a su marido en la fase final de la vida. No avance conclusiones sobre la causa de sus problemas de salud, ofrézcale apoyo y su compromiso sincero de escucharla y estar allí para lo que le haga falta. ■

CAÍDAS

Disminución del riesgo de reingreso

Cuidé a un paciente de 76 años al que se le practicó una artroplastia total de rodilla. Cuando se le animó a empezar a andar durante el segundo día del postoperatorio, se negó afirmando que se sentía mareado e inestable. Entonces fue trasladado a la unidad de rehabilitación en la que trabajo, para evaluación y tratamiento. Aquí, su recuperación es lenta pero estable y hemos establecido una buena relación terapéutica.

El paciente no tiene familia y vive solo en un apartamento en una primera planta. Al darle el alta, un amigo suyo se ofreció voluntariamente a ayudarlo a volver a casa.

Hoy, el paciente ha sido reingresado en la unidad de rehabilitación después de una caída grave en su domicilio y un breve episodio de hospitalización. Inicialmente, comentó que se cayó porque su amigo estaba demasiado ocupado como para hacerse cargo de él. Pero luego, en

privado, me confesó que se cayó “un poco a propósito” porque se sentía solo en casa y echaba de menos los cuidados que recibió en nuestra unidad. ¿Cómo debo abordar esta situación?—C.K., MISS.

No culpe a nadie, solo reúna los hechos. Empiece con una buena valoración enfermera, prestando especial atención al riesgo de caída del paciente. Revise los artículos científicos actuales sobre el tema como, por ejemplo, “Comparación de los pacientes que se caen y los que no se caen en un centro de rehabilitación: revisión retrospectiva”¹. Al comparar 35 pacientes que habían sufrido una caída, con 35 pacientes que no sufrieron caída alguna, los autores discuten la eficacia de distintas herramientas empleadas para la valoración del riesgo de caídas en los centros de rehabilitación.

Como parte de la valoración, evalúe las preocupaciones y aspectos psicosociales del paciente, tales como la presencia de sentimientos de soledad e aislamiento. Una cuidadosa evaluación de su domicilio y de su situación de vida son también elementos a considerar antes del alta. ¿Los servicios

sociales estaban implicados en el caso de este paciente antes de que le dieran el alta por primera vez? ¿Qué hay de la disponibilidad de un fisioterapeuta o un terapeuta ocupacional? Programar una visita de seguimiento a domicilio también puede contribuir a reducir el riesgo de caídas y reingresos.

Aprovechando la relación terapéutica que ha establecido con este paciente, tenga una conversación honesta con él sobre sus objetivos y preferencias. ¿Estaría más cómodo en una residencia asistida, por ejemplo, o en un centro sociosanitario? Si es así, ¿qué posibilidades económicas tiene?

Como defensora de los derechos de su paciente, ayúdele a coordinar la información y los recursos del equipo multidisciplinar de cuidadores. Trabaje con el paciente y otros miembros del equipo para establecer objetivos realistas que puedan ayudarlo a asegurar una evolución favorable. ■

BIBLIOGRAFÍA

1. Kwan F, Kaplan S, Hudson-McKinney M, Redman-Bentley D, Rosario ER. Comparison of fallers and nonfallers at an inpatient rehabilitation facility: a retrospective review. *Rehabil Nurs*. 2012;37(1):30-36.