

CUIDADORES PRINCIPALES NO PROFESIONALES DE PERSONAS DEPENDIENTES



Directora: Dra. Rosa García Orellán
Alumno: Froilán Aldaya Celada



*Trabajo fin de Grado de Enfermería 2013-2014,
Facultad de Ciencias de la Salud de la UPNA*

RESUMEN

La población dependiente en Navarra, crece en proporción al aumento de expectativas de vida. Este proyecto, pretende ofrecer al cuidador principal de personas dependientes un curso ágil, rápido y eminentemente práctico con el concepto de formación anticipada como principal aliado. Formación anticipada que permitirá que el paciente disponga de una mejor transición desde el Centro Hospitalario a su domicilio y que a la vez, se minimice la incertidumbre del cuidador mientras se organizan sus cuidados por parte del departamento de atención domiciliaria. El curso pretende ser de utilidad pública, gratuito, de carácter universal y ofrecido al Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Palabras clave

Cuidador Principal, dependiente, formación, anticipación, carácter público.

ABSTRACT

The dependent population in Navarra grows in proportion to the increase in life expectancy. This project aims to provide the primary caregiver for dependents agile, fast and very practical course with the concept of early training as a major ally. Early training will allow the patient gets a better transition from the Hospital Center at his home and at the same time, uncertainty is minimized caregiver while their care by the department are organized home care. The course is intended to be public, free utility and universality organized and funded by the Navarra Health Service-Osasunbidea.

Key words

Primary caregiver, dependent person, formation, anticipation, public

INDICE

Página

INTRODUCCIÓN..... 1-5

OBJETIVOS..... 6-7

MATERIALES y MÉTODOS..... 8-14

ANÁLISIS ESTRATÉGICO-DISCUSIÓN

{ Análisis DAFO..... 15-17
{ Diagrama de Ishikawa-causa efecto..... 18-20

PLAN DE MEJORA

{ Grupo diana..... 23

{ Criterios de inclusión..... 23

{ Algoritmo de acceso al taller..... 24-25

{ Presentación del taller..... 26

{ Cronograma del taller..... 27

{ Desarrollo del taller formativo

{ Bloque 1..... 28-33

{ 1.1 Objetivos

{ 1.2 Contenido

{ 1.3 Actividades

{ 1.4 Desarrollo de los contenidos

{ 1.4.1 Organización de cuidados

{ 1.4.2 Higiene postural del cuidador

Bloque 2.....	33-39
<ul style="list-style-type: none"> 2.1Objetivos 2.2Contenidos 2.3Actividades 2.4Desarrollo de los contenidos <ul style="list-style-type: none"> 2.4.1 Baño completo a persona encamada 2.4.2 Lavado del cabello 2.4.3 Cuidado de boca y dientes 2.4.4 Colocación de cuña 2.4.5 Colocación de botella 2.4.6 Hacer cama a persona encamada 2.4.7 Movilizaciones 2.4.8 Cambio de pañal 2.4.9 Principales síntomas de alarma 	
<i>Materiales necesarios para realizar el taller.....</i>	40
JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.....	41-45
<ul style="list-style-type: none"> Reflexión ética Profesionales implicados en el taller formativo Evaluación del proyecto 	
CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO.....	46-47
CONCLUSIONES.....	48-49
BIBLIOGRAFIA.....	50-55
ANEXOS.....	1-9

INTRODUCCIÓN

En Navarra, se viene observando desde hace varias décadas un envejecimiento progresivo de la población. Según datos ofrecidos por el Instituto Navarro de Estadística (INE), el 22,9% de los Navarros superan hoy en día los 60 años y las personas mayores de 75 años, ya han superado a la población de 20 años¹.

Siguiendo con la misma fuente de datos, la población Navarra descenderá progresivamente hasta el año 2022 en torno a un 2%, sin embargo, la población irá envejeciendo llegando a aumentar de un 17% al 21% las personas mayores de 65 años y lo que es más importante, según este organismo, la tasa de dependencia de las personas mayores de 65 años pasarán de un 25,5 % actual al 32,4% en el año 2022.

Como consecuencia de este hecho, y teniendo en cuenta que el envejecimiento está íntimamente relacionado con el aumento de la discapacidad, por ejemplo, en la actualidad la tasa de discapacidad del tramo de 65 a 79 años es de 185,9 personas con discapacidad por cada 1000 habitantes, mientras que en el tramo de más de 80 años, la tasa aumenta a 502,5 personas con discapacidad por cada 1000 habitantes, es decir, se multiplica por casi 2,5 en este último tramo de edad.

Esta discapacidad, inexorablemente tiene un precio que justifica un estudio en este campo. Por ejemplo, el uso de los servicios sanitarios por un paciente crónico severo es 12 veces superior a la de un paciente crónico leve y 23 veces superior a la de un adulto sano y en el caso de los pacientes pluripatológicos, este aumento del gasto es notablemente superior.

La OMS, no ajena a este hecho, publicó un documento en el año 2005² considerado como de referencia, que recomendaba a los sistemas de salud de todos los países, a que diseñaran y que establecieran estrategias encaminadas a tomar medidas para hacer frente al incremento de la cronicidad en las sociedades actuales de forma que se reorientaran dichos sistemas hacia un nuevo concepto asistencial hacia este colectivo.

Haciéndose eco de esta recomendación de la OMS, el 27 de junio de 2012 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud Español, aprobó la “Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud”³, donde se plantea establecer unos objetivos y recomendaciones que permitan reorientar el actual sistema asistencial a la población de crónicos.

La persona dependiente, tiene personas que lo sostienen y por ello, existe la figura del cuidador principal no profesional. Hoy se sabe, que por ejemplo más del 60% de estos pacientes con enfermedades crónicas precisan un cuidador y que el 40% de éstos, tienen signos de sobrecarga⁴.

La figura del cuidador se remonta a la noche de los tiempos. Fue una pelvis de más de 500 mil años de antigüedad encontrados en la Sima de los Huesos de Atapuerca correspondiente a un individuo de 45 años(anciano para la época), donde se demuestra que padecía serias enfermedades degenerativas desde mucho antes de morir y confirma que el grupo familiar ya dispensaba un cuidado social a los ancianos del grupo, pero la concienciación de la problemática que rodea a la figura del cuidador, se inició en la década de los años 50 de la mano de Townsend y ya Given⁵, describió la sobrecarga del cuidador principal como "el proceso que ocurre cuando la salud emocional o física de cuidadores se resiente, fundamentalmente porque las demandas de cuidado pesan más que los recursos disponibles". Por lo tanto, es necesario abordar estrategias de cuidados dirigidas no sólo a los pacientes sino también a los cuidadores familiares, como elementos de soporte indispensables para el sostenimiento de los sistemas de salud, ya que es muy probable que muchos de los ingresos de estos pacientes se produzca no sólo por el agravamiento de su estado de salud, sino porque esto provoca una sobrecarga en el cuidador, apareciendo así el ingreso como un "respiro" para ambos⁶.

Varios estudios, nos arrojan una serie de datos que nos ayudan a comprender la dimensión del problema. Por ejemplo, para ir conociendo más en detalle la problemática de la cronicidad en España, la fundación Caser⁷, en el año 2011, desarrollo una encuesta llamada "Ayudas a la Dependencia en España. Situación Actual" donde se desprenden datos que recomiendan la necesidad de reorientar el sistema sanitario. Esta encuesta nos dice por ejemplo, que el 48,55 % de los encuestados es el único cuidador informal que presta los cuidados y que en cuanto a la ayuda recibida por parte de la Administración, el 84,20 de las personas encuestadas reconoce no recibir ayuda alguna por parte de esta.

Centrándonos en nuestra Comunidad Foral, el Gobierno de Navarra realizó un informe en el año 2008⁸, donde se realiza una encuesta sobre la conciliación de vida laboral y familiar. Dicha encuesta, ya nos acerca a la verdadera realidad que supone la cronicidad en Navarra y arroja varios datos estadísticos dignos de comentar. Por ejemplo, el 16,4% de los hogares que fueron entrevistados tienen a su cargo personas dependientes y a la vez, 3 de cada 4 dependientes tienen más de 75 años y 9 de cada 10 más de 55 años. Esto demuestra, que la familia sigue siendo el principal recurso con el que cuenta la persona dependiente llegando a ser la familia quien sostiene al 84,5% de las personas dependientes.

Según se desprende de esta encuesta, existe un 15,1% de cuidadores no profesionales que admiten no recibir ningún tipo de ayuda, bien por parte de la administración o por su propio entorno social. Esta dificultad a la hora de compaginar la vida personal con los cuidados informales se transforma en una merma de su calidad de vida dándonos datos muy significativos como por ejemplo que el 56,9 % de las personas que fueron entrevistadas y que tenían personas dependientes a su cargo, reconoció que disponían de poco tiempo para sí mismos. A este problema tenemos que añadir la falta de conocimientos precisos en este colectivo y es aquí donde centro mi trabajo.

En Navarra, el Departamento de salud ha elaborado un plan de salud para el periodo 2013-2020¹. Este ambicioso proyecto tiene varios objetivos a alcanzar. Dentro de los objetivos generales, este plan pretende mejorar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes y cuidadores para en consecuencia, minimizar la dependencia y aumentar su autonomía funcional y social. Dentro de los diferentes objetivos propuestos, específicamente pretende mejorar la calidad de vida y prevenir el impacto negativo sobre la salud y el bienestar de los cuidadores principales, aumentar la capacitación y el apoyo de los cuidadores principales y de esta manera, aumentar la sostenibilidad del sistema sanitario en cuanto a reducir los ingresos, reingresos y estancias hospitalarias que se pudieran evitar. Este proyecto, entre otros aspectos, se plantea como modelo de atención, capacitar y apoyar a las personas cuidadoras mediante actividades de apoyo y formación a las personas cuidadoras ya que entiende que son parte esencial de las políticas de atención sociosanitaria hacia las personas con dependencia incidiendo en la promoción de acciones tales como la evaluación de las necesidades del cuidador principal, información y asesoramiento y formación técnica. Si bien, este documento no desarrolla la concreta formación del cuidador no profesional y esta laguna es la que quiero trabajar mediante este proyecto.

El énfasis en formar al cuidador no profesional antes del alta de la persona a la que van a atender, tiene su razón de ser ya que tras el alta hospitalaria, en pacientes crónicos y sobre todo en pacientes pluripatológicos o aquellos que presentan trastornos severos, se pasa de una atención hospitalaria de 24 horas a una responsabilidad que recae en el cuidador no profesional, que más allá de una actitud bienintencionada, necesita de una formación práctica que minimice el tránsito del hospital al domicilio y que en muchos casos, esta inexperiencia del cuidador, hace que se produzcan reingresos por falta de herramientas a la hora de manejar la situación.

Tras lo anteriormente comentado, fue tras mi experiencia como alumno de enfermería en la unidad de cirugía vascular del Hospital de Navarra N2, donde observé que había pacientes que entraban por su propio pie a la unidad y salían siendo dependientes, el que me plantease realizar este proyecto con la ilusión de poder contribuir a minimizar este problema.

Al continuar mis prácticas clínicas, seguí pendiente de esta situación y durante mi formación en la unidad de Geriatria del Hospital de Navarra, observé que en muchos casos, los familiares o amigos que iban a ejercer el rol de cuidador no profesional lo hacían sin herramientas cognitivas suficientes para desarrollar este papel donde es preciso tener unos conocimientos técnicos concretos sobre todo, si no disponían de los medios económicos suficientes para contratar a un profesional o ni siquiera tenían tiempo para buscarlo. Analicé este contexto y me di cuenta que desde que el médico decidía que el paciente iba a ser dado de alta, hasta que la enfermera de referencia de su centro de salud acudía a su domicilio para elaborar un plan de cuidados, la trabajadora social analizaba la nueva coyuntura de la familia y finalmente, ponerlo en funcionamiento, transcurría un tiempo no inferior a cinco días. Entonces, vi que existía un periodo de desatención institucional entre el alta hospitalaria y la actuación de

enfermería y trabajos sociales y era este espacio de *penumbra* cuando se producía el desasosiego del cuidador y la familia o entorno social de la persona dependiente.

Este proyecto, por lo tanto, lo baso sobre todo en la anticipación. Considero, que utilizando el tiempo previo al alta, podemos aprovecharlo para formar a la persona que será el cuidador principal no profesional y así, durante el periodo que denomino *de penumbra* se consiguen diferentes objetivos. Lo primero es evitar que la persona que se le ha dado de alta “rebote” a los pocos días al Hospital donde se le atendió creándose el efecto de puerta giratoria, bien por incapacidad de la familia de hacerse cargo y con el coste económico que eso supone para el sistema o porque se ha visto incapaz de encontrar un profesional óptimo que se haga cargo del cuidado sanitario.

En mi propuesta voy implicar al cuidador principal en los cuidados de enfermería, con las ventajas que eso conlleva en su recuperación y provechar que el cuidador principal se está desplazando al hospital para utilizar las infraestructuras que este tiene en cuanto a instrumental, personal sanitario y aula de impartición.

El taller contemplo que sea de una duración de 8 horas repartidas entre la mañana y la tarde una vez por semana y de forma cíclica todas las semanas.

Las materias a impartir serán técnicas básicas en cuidados hacia la persona dependiente y también estarán orientadas hacia el bienestar del cuidador ya que una vez pase ese periodo de penumbra, la enfermera de su centro de salud en coordinación con la trabajadora social, establecerán un plan de cuidados definitivo.

Pero es indudable, que tendrán una mayor facilidad de maniobra ya que partirá de una previa formación, sensibilización del cuidador y del paciente y tendrá un margen para poder añadir aspectos formativos que ella considere oportunos

Entre las ventajas que ofrece este proyecto están:

- Se consigue minimizar el fenómeno de “puerta giratoria” con el consiguiente ahorro en hospitalización.
- Se trata el posible síndrome del cuidador en los primeros estadios del proceso.
- Se alcanza un mayor bienestar del paciente y cuidador.
- La enfermera/o y trabajador/a social de su CS pueden planificar con más eficiencia el plan de cuidados que se aplicará y los recursos socio-sanitarios de los que se le dotará.
- Pueden darse casos de colaboración espontánea entre los asistentes en los cuidados de sus respectivos familiares.
- Los conocimientos que se pretenden transmitir, son presenciales y por lo tanto, con la posibilidad real de practicar más allá de la información que se suele transmitir en la planta hospitalaria.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

Objetivo principal:

Formar a los cuidadores principales no profesionales que se harán cargo de personas dependientes bien temporal o permanentemente en su domicilio mediante un taller de formación pre-alta hospitalaria.

Objetivos secundarios:

Dotar al cuidador no profesional de herramientas básicas para organizar los cuidados y enseñarles a adoptar una adecuada higiene postural en el desempeño de los mismos.

Enseñar protocolo de higiene y cambios posturales dirigido al paciente

Que los cuidadores no profesionales sepan detectar síntomas y signos de alarma en relación a la coyuntura clínica de la persona que cuidan y sepan transmitirlos a su enfermera de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

La metodología del taller para cuidadores principales no profesionales lo he desarrollado mediante un programa de Educación para la salud.

Revisión bibliográfica

Antes de iniciar el trabajo de investigación, se realizó una revisión bibliográfica acerca de la formación sanitaria a cuidadores principales no profesionales y su situación actual para obtener información relacionada y conocer el estado actual del tema.

El estudio de revisión bibliográfica se ha llevado a cabo mediante una estrategia de búsqueda en distintas bases de datos, habiendo utilizado los siguientes recopilatorios:

1.- PUBMED: base de datos de la National Library of Medicine que indexa las referencias bibliográficas provenientes de 4800 revistas internacionales en el campo de la medicina, enfermería, odontología, veterinaria y salud pública, entre otras.

2.- SCIELO: Biblioteca Electrónica en Línea que permite la publicación electrónica de ediciones completas de las revistas científicas mediante una plataforma de software que posibilita el acceso a través de distintos mecanismos donde participan los siguientes países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Cuba, España y Venezuela.

3.- Departamento de salud, Estrategia Navarra de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos.2013.Gobierno de Navarra.

Disponible en:

http://www.cermiaragon.es/sites/default/files/biblioteca/archivos/a_document_511.pdf

Las siguientes revistas de divulgación científica.



1.- Clemente Franco, M^a del Mar Sola, Eduardo Justo (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamientos en conciencia plena. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 45, página 252.Año 2010.

2.- Miriam Rosa Ramos Cortés, Elena Romero Pisonero, Jesús Mora Fernández, Luis José Silveira Guijarro, José Manuel Rivera Casado (Julio-Agosto 2007). Análisis de mortalidad tras el ingreso en una unidad de agudos de geriatría: Influencia en la demencia funcional. Revista Española de Geriatría y Gerontología .Vol. 42. Página 213. Año 2007.

3.- María Crespo López (Mayo-Junio 2008). Retos actuales en el apoyo a cuidadores no profesionales de mayores dependientes. Revista Española de Geriatría y Gerontología. Vol. 43. Página 131. Año 2008.

4.- M^a Pilar Seira Lledós, Ana Aller Blanco y Ana Calvo Gascón (Noviembre-Diciembre 2002). Movilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de Salud Rural. Revista española de salud Publica 2002.



Además se realizó una búsqueda en Google Academic.

El periodo de búsqueda se limitó a los meses de Enero de 2014 hasta Mayo de 2014 y las palabras claves utilizadas fueron:

Español: Formación a cuidadores principales, higiene postural, prevalencia de crónicos en España. Problemática actual del cuidador principal.

La selección de los artículos se realizó en primer lugar a través de la lectura del resumen del artículo. A raíz de éste, se detectaron los artículos que cumplían los criterios de selección establecidos que se muestran a continuación:

- Artículos publicados en revistas sanitarias y trabajos referentes a la formación del cuidador informal no profesional.
- Artículos publicados referidos a la situación actual de los cuidadores informales no profesionales.
- Artículos que hacen referencia al cuidado de la salud del cuidador principal no profesional.

- Años de publicación: 2002-2013.

- Idioma: Español

En cuanto al objetivo de dotar al cuidador no profesional de las herramientas básicas para organizar los cuidados, ejercer una adecuada higiene postural, detección de síntomas de alarma y realizar una adecuada higiene y movilizaciones he consultado las siguientes fuentes bibliográficas.

- Fundación la Caixa: Gestionado por Cruz Roja. Supervisión por CEFA (Confederación Española de familiares enfermos de Alzheimer y otras demencias): Talleres para cuidadores familiares.

Disponible en:

<http://www.ceafa.es/themed/ceafa/files/docs/4a40beac8c.pdf>

Fuente consultada el 24 de abril del 2014

- Servicio Canario de salud: Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras.

Disponible en:

http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a56de54e-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Taller_cuidadoras.pdf

Fuente consultada el 21 de abril del 2014

- Gobierno de Aragón. Departamento de servicios sociales y familia: Guía básica para el cuidador-manual.

Disponible en:

http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/Gu%C3%ADa%20B%C3%A1sica%20para%20el%20Cuidador_SC.pdf

Fuente consultada el 17 de abril del 2014

- M^a José Pérez Jaruta, Margarita Echaury Ozcoidi, Eugenia Ancizu Irure, Jesús Chocarro San Martín. 2006. Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra.
- Manuel Alés Reina. 1999. Manual de preparación para la obtención del título de Auxiliar de Enfermería. Editorial Mad, SL.
- Anne Griffin Perry, Patricia A. Potter. 1995. Guía Clínica de Enfermería, Técnicas y Procedimientos Básicos. Tercera edición. Editorial Mosby

Como herramienta para el desarrollo práctico de los diferentes contenidos, he recurrido a vídeos explicativos del fondo videográfico del Gobierno de Aragón disponibles en los siguientes enlaces:



1.

Video explicativo de cómo hacer una cama con persona encamada.

URL:

http://www.youtube.com/watch?v=75o2sJeTf3I&feature=player_detailpage

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

2.

Vídeo explicativo de aseo a persona encamada.

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=IrVLA4EHBjc

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

3.

Vídeo explicativo de cambio de pañal a persona encamada.

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=aZaOeC2-kAg

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

4.

Video explicativo de cambios posturales a persona encamada

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=cs4LNtQyIvY

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

5.

Vídeo explicativo de cómo mover a la persona hacia el borde de la cama.

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=k4NF-HbrPd4

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

6.

Vídeo explicativo del desplazamiento hacia la cabecera de la cama con persona en decúbito supino.

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=HNJqesImWqg

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

7. Vídeo explicativo de cómo trasladar de la cama a la silla y viceversa.

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=YvSKxw0Tq3A

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

8.

Vídeo explicativo para pasar de decúbito supino a posición lateral.

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=t_HyoikBhPU&list=PL7FE22F18B0783261

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

9.

Vídeo explicativo para ayuda en la deambulaci3n.

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=GRKR4QpFzIY&list=PL7FE22F18B0783261

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

10.

Vídeo explicativo de cómo sentar a una persona encamada al borde de la cama.

URL:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=Z0x70XIVtsg

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Mediante este análisis estratégico pretendo desmenuzar el problema, para ello utilizo dos herramientas: el análisis DAFO y el Diagrama Causa-Efecto.

ANÁLISIS DAFO

VISIÓN EXTERNA	VISIÓN INTERNA
AMENAZAS	DEBILIDADES
Posibilidad de superarle la situación al cuidador principal	Distancia geográfica con el domicilio del cuidador principal durante la impartición del curso
Cambio de la disponibilidad horaria del cuidador principal.	Diferentes niveles de comprensión y análisis de los participantes del curso de la materia a impartir
Expectativas diferentes descubiertas durante la formación	
OPORTUNIDADES	FORTALEZAS
Predisposición del cuidador principal para el cuidado.	Características comunes de los aspectos formativos para otras patologías similares
Asociaciones de apoyo social relacionadas con la dependencia.	Especialización en la materia impartida del profesional docente
	La necesidad de solo dos profesionales para desarrollar el curso

Análisis DAFO

Fuente: Elaboración Propia

Visión externa

Amenazas:

Una persona que va a debutar como cuidador principal, al acceder al curso va a recibir unos conocimientos referentes al cuidado que pueden no corresponderse con las expectativas con las que previamente haya acudido. Por ejemplo, el estrés del cuidador es una realidad que se da en un alto porcentaje de casos y que en el curso se explicará, también, puede darse el caso que algunas técnicas relacionadas con el cuidado, supongan una adquisición de habilidades que él o ella pueda considerarlas difíciles de asimilar pero que se conviertan en una situación estresante al haber asumido el rol de cuidador/a.

En cuanto a la disponibilidad horaria del asistente al curso, nos enfrentamos al problema de que la disponibilidad de acceder al curso puede variar de un día para otro ya que cada persona vive unas circunstancias cambiantes como por ejemplo, un cambio en los horarios laborales que le dificulten el compromiso adquirido inicialmente.

También pueden variar las expectativas de cada asistente respecto al curso. Por ejemplo, puede darse el caso de que pueda pensar que el curso iba a ser más útil en referencia a la persona que va a cuidar, pudiendo pensar que es demasiado genérico y por lo tanto, no cubra sus expectativas. También puede ocurrir, que quien será el cuidador principal, cuando asume la responsabilidad de cuidar, aun no tiene configurada una idea general del acto de cuidar y durante el curso, pueden ir descubriendo ciertos aspectos inherentes del cuidado que puedan hacer que se replanteen la idea original con la que venían.

Oportunidades:

El mero hecho de que la persona opte por asumir la responsabilidad de ser el cuidador es una oportunidad porque tiene un potencial importante porque la opción de asumir la responsabilidad del cuidado ha sido tomada en consonancia con la situación que se presenta y es esperable que su involucración en el proyecto sea mayor que por la mera formación.

En la actualidad, disfrutamos de una gran variedad de asociaciones de apoyo relacionadas con diferentes patologías. Desde nuestra perspectiva, podemos apoyarnos en la predisponibilidad que nos brindan para ayudarle al que será el cuidador principal a acceder a su ayuda e incluso, hacerle ver que no está solo y que puede compartir sus vivencias con personas en su misma situación.

Visión interna

Debilidades:

En Navarra, la población está concentrada mayoritariamente en tres núcleos urbanos, La ribera Navarra, Pamplona y el norte de Navarra. El proyecto está planteado para desarrollarlo en Pamplona. Esto significa que las distancias geográficas de las personas que serán las cuidadoras principales puede significar una debilidad en el sentido de que al ser una formación grupal, la disponibilidad de horarios y días no pueda coincidir con el resto del grupo.

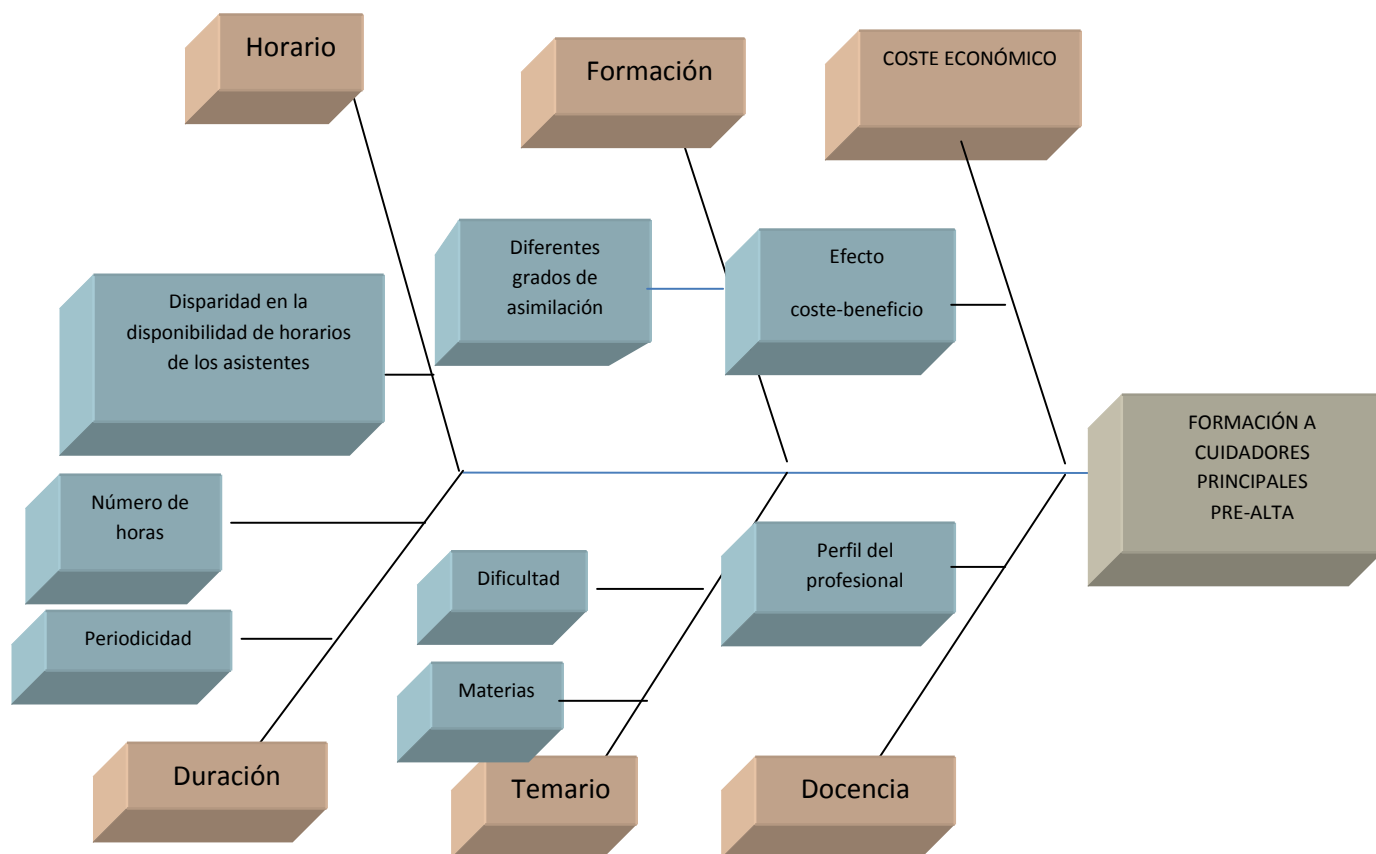
Puede darse la circunstancia de que la capacidad para asimilar los diferentes aspectos que durante el curso se van a tratar, no sea uniforme en todos los asistentes. Quizás, esta circunstancia haga que la programación no se desarrolle en el plazo establecido. Este aspecto es importante porque no es un curso donde el interesado acude en función de su disponibilidad e interés, sino porque que este curso nace con la voluntad de adaptarse a diferentes necesidades ya que cada paciente y cada cuidador principal tienen sus propias peculiaridades.

Fortalezas:

Este curso está configurado para una tipología de paciente con unas características parecidas. Sus necesidades en general se diferenciarán poco, y por lo tanto, la homogeneidad será una ventaja a la hora de configurar el modelo educativo y solo en algunos casos, se podrá modular la formación para adecuarla a las circunstancias especiales de cada caso.

El profesional que impartirá la formación, es un profesional con una amplia experiencia en la atención al paciente vascular, que volcará toda su experiencia en cuidados inherentes a este tipo de pacientes.

DIAGRAMA DE ISHIKAWA O DIAGRAMA CAUSA-EFECTO



Fuente: Elaboración Propia

Del eje de la espina de pescado, se desprenden 6 bloques. Comenzando por el horario y duración, consiste en un curso de una duración de 8 h. He considerado oportuno dotarle de este número de horas por considerar que el acceso al curso depende de muchos factores como por ejemplo la disparidad en la disponibilidad de horarios de los asistentes y el tiempo que pueden dedicarle a este. La duración es de 8 horas pero se imparte el mismo temario de forma cíclica todas las semanas, aspecto muy importante si consideramos que el acceso al curso dependerá en muchos casos de su situación laboral o de la distancia que exista entre el domicilio del cuidador y el centro de impartición y es determinante, aprovechar el momento en el que el futuro cuidador acude a visitar a su familiar o amigo y que podría realizar la sesión de la semana anterior.

En cuanto a la formación en sí misma, soy consciente de que los grados de asimilación no son uniformes. Este aspecto se puede minimizar porque la regularidad con la que se repiten las diferentes materias, es decir, todas las semanas, permite repetir el taller en caso de necesidad y así, reforzar los conocimientos y habilidades.

Otro de los bloques es el temario y por lo tanto, las materias y las dificultades de asimilación que pueden surgir. Los temas a desarrollar van a ser eminentemente prácticos con la idea de que posteriormente serán reforzados por el servicio de

asistencia domiciliaria, que a los pocos días desarrollará un plan de cuidados personalizado y aclarará cualquier duda ante alguna situación concreta.

La docencia, he considerado oportuno que sea realizada por personal de enfermería especializada de la unidad de Geriátría del complejo Hospitalario de Navarra por su dilatada experiencia en los temas a tratar y con el apoyo de una auxiliar de enfermería como apoyo en la docencia.

Respecto al efecto coste-beneficio, si se tiene en cuenta que el coste medio de la ocupación de una cama en España es de 600 euros día, el coste de la formación compensa ampliamente su ejecución. Además, teniendo en cuenta la dispersión demográfica de Navarra, el coste de dotar de profesionales sanitarios para el cuidado de este tipo de pacientes durante el periodo transcurrido hasta que se elabora un plan de cuidados por la enfermera gestora de casos resultaría muy costoso, y mediante este curso, se consigue que la familia gestione los cuidados básicos hasta que enfermería, en colaboración con la trabajadora social establezcan un plan de actuación.

PLAN DE MEJORA

PLAN DE MEJORA

El plan de mejora, lo realizaré mediante un programa de Educación para la Salud para el cuidador no profesional.

Este proyecto fin de grado, pretende dar acceso a los cuidadores principales no profesionales de personas dependientes a una formación presencial en las propias instalaciones del Hospital.

Para elaborar el plan formativo me apoyo en las recomendaciones del informe Olivenza elaborado en el año 2010 por el Observatorio Estatal de la Discapacidad⁹ anteriormente mencionado.

De este informe, se desprende que del tramo de edad entre 65 a 79 años, el aseo, deambulaci3n por el domicilio, cambio de pañales y acostarse/levantarse de la cama constituyen las mayores dificultades con las que se enfrenta la mayoría de las persona con discapacidad y que por lo tanto, necesitan un apoyo para realizarlas. Si nos centramos en el tramo de edad de más de 80 años, las personas con dificultad para ejecutar las tareas antes mencionadas aumentan notablemente. Estos datos me han motivado para que esta formaci3n pretenda dotarles a los cuidadores principales no profesionales de los conocimientos básicos que les permitan cuidar a las persona a su cargo en el domicilio de este.

Las áreas de aprendizaje que se impartirán en este taller, están basadas en diferentes recomendaciones de organismos de prestigio como por ejemplo la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes)¹⁰, el Servicio Canario de salud (taller de formaci3n y educaci3n sanitaria para personas cuidadoras)¹¹, la fundaci3n la Caixa, aprendizaje gestionado por Cruz Roja¹², el Gobierno de Aragón mediante el departamento de servicios sociales y familia¹³ y por el estudio publicado en Diciembre del año 2002 en la revista Española de salud Pública por las autoras M^a Pilar Seira Lled3s, Ana Aller Blanco y Ana Calvo Gasc3n¹³. Organismos que coinciden en la necesidad de dotar a este curso en las áreas educativas elegidas y estudios que nos acercan a los problemas de salud de los cuidadores en el desempeño de su ejercicio.

Esta formaci3n se basa en una sesi3n semanal de 8 horas impartida el mismo día por la mañana y por la tarde, donde se abordarán aspectos básicos de cuidado y se centrarán en personas cuyo cuidado sea inminente, es decir, estar3 destinado a cuidadores principales no profesionales cuyos familiares o amigos est3n aún hospitalizados y que su alta este programada.

Ser3 un curso presencial avalado por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, que se pondr3 en contacto con el familiar, amigo o voluntario facilitándole informaci3n de dicho curso y que no tendr3 una finalidad acad3mica reglada en el sentido que no se expedir3 titulaci3n alguna.

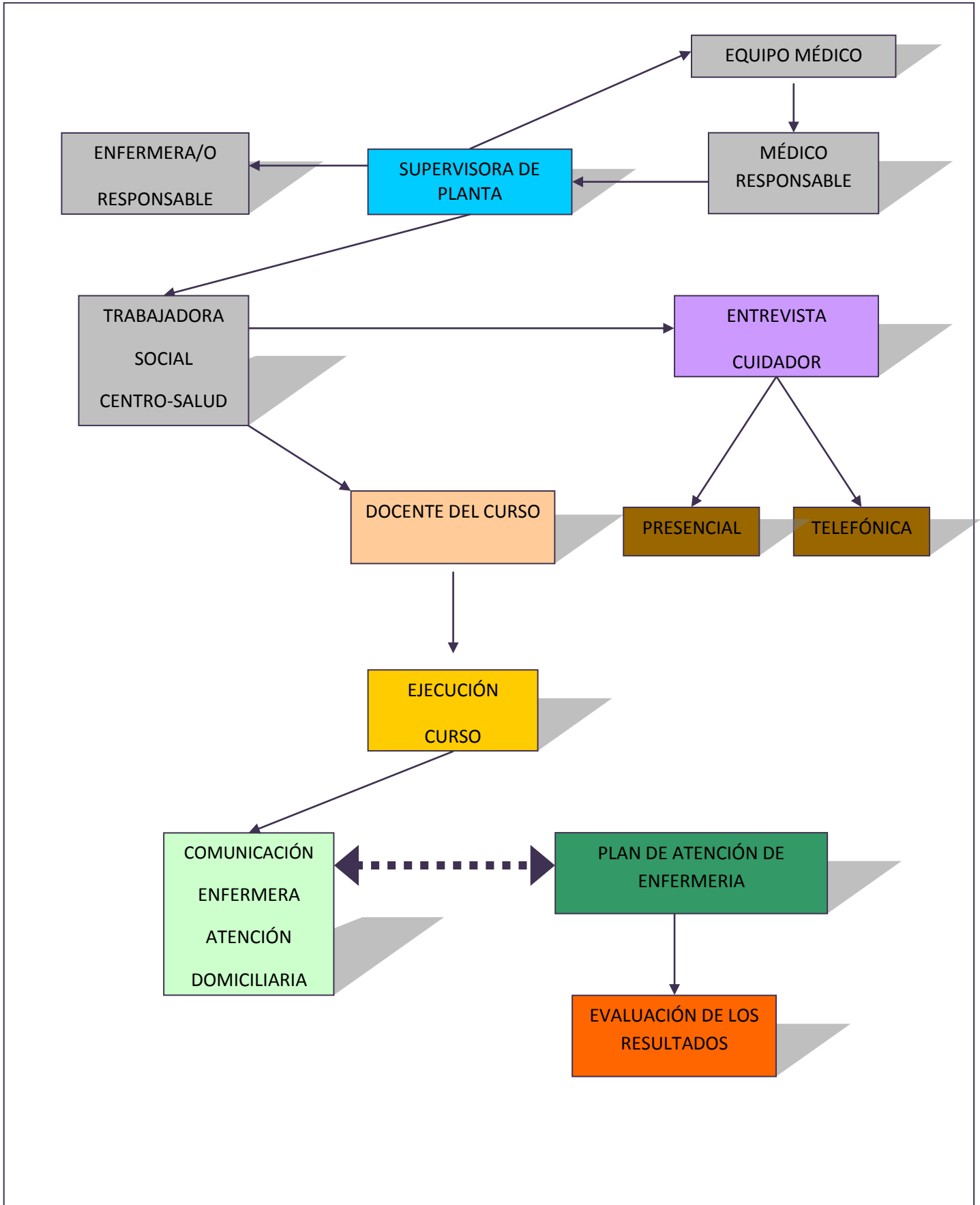
Grupo diana

Dirigido a cuidadores/as no profesionales de personas dependientes que reciben la notificación de la próxima e inminente alta hospitalaria para su traslado al domicilio y que tras darle dicha alta, pasa de ser autónomo a ser dependiente de forma definitiva o temporal y donde se considera el domicilio como mejor lugar terapéutico.

Criterios de inclusión

El informe Olivenza elaborado en el año 2010⁹ por el Observatorio Estatal de la Discapacidad, presenta un estudio estadístico donde se refleja la incidencia de personas con discapacidad que residen en los hogares familiares españoles. De este estudio, se desprende la artritis reumatoide, la espondilitis anquilo-poyética, cardiopatía isquémica e infarto de miocardio, accidentes cerebro vasculares y la distrofia muscular y el Alzheimer, son las enfermedades crónicas discapacitantes que tienen más incidencia en la población.

Siguiendo esta fuente de datos, considero que los cuidadores principales no profesionales de los pacientes diagnosticados de las patologías antes comentadas, son los candidatos a participar en el taller formativo ya que este conjunto de enfermedades representan el 91,6%.



ALGORITMO DE ACCESO AL TALLER FORMATIVO Y EVALUACIÓN. Fuente: Elaboración Propia

El presente organigrama, pretende representar gráficamente los pasos a seguir de cara a organizar el curso formativo.

La supervisora de planta, averigua mediante la consulta al equipo médico y este a la vez con los diferentes médicos responsables de los diferentes pacientes de la planta, la susceptibilidad de dependencia del paciente, su evolución y tiempo estimado para el alta hospitalaria. Una vez recogido estos datos e identificado el paciente o los pacientes, supervisión se reúne con la enfermera asignada al paciente y contrastan información. Una vez que se decide que el paciente reúne las características adecuadas para acceder al servicio, supervisión se pone en contacto con la trabajadora social del centro al que pertenece el paciente y programa una entrevista con el paciente y cuidador para informarles del curso de formación en cuanto a horarios, duración, temas a tratar, etc. Si el cuidador responde afirmativamente, la trabajadora social se pone en contacto con la enfermera docente para que le incluya en el curso y estudie el Historial clínico del paciente que le lleva a necesitar este curso.

Una vez realizado el curso, docencia se pone en contacto con el servicio de atención domiciliaria, que elaborara un plan de cuidados, y es aquí donde cobra sentido el curso de formación pre-alta porque como se señala con una flecha discontinua y de color rojo, suelen ser aproximadamente 5 días los transcurridos tras llegar el paciente a su domicilio debido al diseño y ejecución de los cuidados en este y por lo tanto, la anticipación solventaría este desajuste de tiempo.

Denominación del curso:

“TALLER DE FORMACIÓN SANITARIA PRE-ALTA A CUIDADORES PRINCIPALES NO PROFESIONALES”

Duración:

1 sesión semanal

Horario:

Mañana de 9:30 a 13:30
Tarde de 15:30 a 19:30

Lugar de impartición:

Salón de usos múltiples del Hospital Virgen del Camino del complejo Hospitalario de Pamplona.

Responsable:

Unidad de Geriatría.

Ponentes:

Enfermera y auxiliar de Enfermería de la unidad de Geriatría del Hospital de Navarra.

Finalidad del taller:

Dotar al cuidador principal no profesional de unos conocimientos básicos e imprescindibles de cara a afrontar los primeros días de estancia en domicilio del paciente mientras el SNS-Osasunbidea planifica un plan de cuidados permanente.

Dirigido a:

Cuidadores/as principales no profesionales de personas dependientes que reciben la notificación de la próxima e inminente alta hospitalaria para su traslado al domicilio.

Acceso al curso:

De carácter voluntario mediante comunicación telefónica.

Cronograma del taller.

MAÑANA

	TEMAS A TRATAR	ACTIVIDADES
9:30-11:45	BLOQUE 1 El cuidado del cuidador	Organización de los cuidados Higiene postural del cuidador
Descanso de 15 minutos		
12:00-13:30	BLOQUE 2 El cuidado de la persona dependiente	<ul style="list-style-type: none">- Baño completo a persona encamada.- Lavado de pelo.- Cuidado de boca y dientes

TARDE

	TEMAS A TRATAR	ACTIVIDADES
15:30-17:30	BLOQUE 2 El cuidado de la persona dependiente	<ul style="list-style-type: none">- Colocación de cuña y botella orinal.- Hacer cama con persona encamada.- Cambios posturales
Descanso de 15 minutos		
17:45-19:30	BLOQUE 2 El cuidado de la persona dependiente	<ul style="list-style-type: none">- Cambios de pañal.- Síntomas de alarma.- Resolución de dudas surgidas durante el taller.

Fuente: Elaboración Propia

DESARROLLO DEL TALLER FORMATIVO¹⁴

BOLQUE 1: El cuidado del cuidador¹¹

1.1 OBJETIVOS

- Que el cuidador principal aprenda a conciliar y planificar los cuidados respecto a su vida personal.
- Que el cuidador aprenda a realizar una adecuada higiene postural en el desempeño de los cuidados.

1.2 CONTENIDOS

- Organización de los cuidados

Duración: 30 minutos.

- Higiene postural del cuidador:

1. Incorporación en la cama.
2. Desplazamiento hacia la cabecera de la cama con persona en decúbito supino.
3. Mover a la persona hacia el borde de la cama.
4. Mover a la persona en decúbito lateral.
5. Sentar a la persona en el borde de la cama. Balanceo.
6. Traslado de la cama a la silla y viceversa.
7. Ayuda a la deambulaci3n.

Duraci3n de los contenidos: 1 hora y 45 minutos.

1.3 ACTIVIDADES

- Exposici3n te3rica de los contenidos mediante v3deos explicativos.
- Demostraci3n con entrenamiento de los contenidos vistos en los v3deos explicativos.

1.4. DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS

1.4.1 Organización de los cuidados¹²

1.4.1.1 Organización de las tareas:

- Escribir sobre el papel un horario o planning de tareas. Este horario debe ser respetado en la medida de lo posible.
- Identificar si cada una de esas tareas podemos hacerlas solos o si necesitaremos ayuda de algún familiar o amigo.
- Identificar qué tareas puede hacer la persona a la que cuidamos por sí mismo. De esta forma, esas tareas significarán tiempo para que podamos descansar o realizar una actividad de nuestro gusto.
- Evaluar el horario según lo vamos aplicando. Si no hemos conseguido una mejor gestión del tiempo y de la energía, quizás no estemos aplicando el horario adecuado. Identificar en qué nos hemos equivocado, nos ayudará a establecer un nuevo horario más acertado.

1.4.1.2 Consejos para establecer el horario:

- Identificar aquellas tareas más importantes. Éstas son prioritarias y deben realizarse siempre.
- Las tareas menos importantes quizás no exijan realizarlas diariamente. Evaluar la importancia real de estas tareas.
- Los descansos pueden ser tan importantes como las tareas que hay que realizar. Establecer descansos suficientes en función de la carga de las tareas.
- Incluir en el horario actividades de tiempo libre. Además de los descansos, poder dedicar tiempo a nuestras aficiones o a relacionarnos con familiares y amigos es necesario para elaborar un adecuado horario.
- La familia está para ayudar. Es aconsejable consensuar el horario con ellos e implicarles en las tareas de cuidado del familiar a ser posible.

1.4.2 Higiene postural del cuidador

1.4.2.1 Incorporación en la cama

- Se debe colocar a la persona en decúbito supino.
- Situarse al lado de la cama y apoyar la rodilla que tenga más cerca sobre ésta, a la altura de la cintura de la persona encamada.

- Sujetarla por la espalda con su mano izquierda y por el brazo derecho con su derecha. En esta posición, la cuidadora conseguirá cambiar el peso del cuerpo de la pierna apoyada en la cama a la que está en el suelo, incorporándole y dejándolo sentado en la cama. Si se pretende dejar a la persona en esta posición, es preciso que tras su espalda coloque algún apoyo (por ejemplo unas almohadas) que le ayude a mantener la postura.
- En caso de que la cuidadora no pudiese subir su rodilla a la cama, es conveniente que mantenga las rodillas semiflexionadas y la pierna más alejada de la cama adelantada.

1.4.2.2 Desplazamiento hacia la cabecera de la cama¹⁶

Los desplazamientos longitudinales en la cama no sólo contribuyen a adoptar una posición cómoda para comer, ver la televisión, etc., sino que, en el caso de personas encamadas permanentemente, también les proporciona gran sensación de bienestar. Se pueden realizar de varias formas:

Con la persona en decúbito supino y un cuidador/a.

- Doblar las caderas y las rodillas y mantener la espalda recta.
- Colocar un brazo bajo los hombros y el otro bajo los muslos de la persona.
- Pedir a la persona que se sujete a la cabecera de la cama y flexionar ambas rodillas.
- Explicar que ambos se moverán a la cuenta de “3”. Pedirle que traccione con las manos y que empuje contra la cama con los pies.
- Desplazar al individuo hacia la cabecera de la cama a la cuenta de “3”. Cambiar el propio peso de la pierna de atrás a la de delante.
- Poner la almohada bajo la cabeza y los hombros de la persona.
- Se haría de la misma forma en el caso de que la cuidador/a pudiese subir la rodilla a la cama.

1.4.2.3 Mover a la persona hacia el borde de la cama y un sola cuidador/a¹⁷

- Separar los pies unos 30 cm y mantener un pie enfrente del otro y flexionar las rodillas.
- Cruzarle los brazos sobre su pecho.
- Pasarle un brazo bajo el cuello y los hombros de la persona y sujetar el hombro más lejano.
- Colocar el otro brazo bajo la mitad de su espalda.
- Desplazar hacia uno mismo la parte superior del cuerpo de la persona con movimientos ondulantes hacia atrás y cambiar el propio peso a la pierna posterior.
- Colocar un brazo bajo su cintura y el otro bajo los muslos.
- Mover la parte inferior de su cuerpo hacia uno mismo con movimientos ondulantes hacia atrás.

- Repetir el procedimiento para las piernas y los pies, poniendo los brazos bajo sus muslos y pantorrillas.
- Comprobar que está cómodo, en buena alineación corporal. Colocar de nuevo la almohada bajo su cabeza y hombros.

1.4.2.4 Mover a la persona en decúbito lateral y un sola cuidador/a²⁵

Esta técnica se realiza cuando la persona desea dar la vuelta o cuando se requiera que descansa sobre su costado en decúbito lateral para su higiene personal, curas, etc.

- Antes de iniciar la maniobra, se debe comprobar que él no está muy cerca del borde de la cama. Si lo está, hay que moverlo hacia el centro.
- Colocarse en el lado de la cama hacia el que se quiere dar la vuelta. A partir de aquí existen dos formas de realizar esta movilización.

La primera forma:

1. Colocarle el brazo más cercano al lado que queremos desplazarlo debajo de la almohada. El otro brazo debe estar recogido sobre la cintura.
2. Flexionar la pierna más alejada colocando el pie debajo de la rodilla de la otra pierna.
3. Sujetarlo con una de nuestras manos por el brazo recogido en la cintura y con la otra por la rodilla flexionada.
4. Separar los pies unos 30 cm. Flexionar las rodillas y mantener la espalda recta. De este modo, hacerlo girar hacia nosotros, de modo que no quede muy cercano al borde para evitar que se caiga.
5. Comprobar que está cómoda y con buena alineación corporal, colocándole una Almohada para apoyo contra su espalda, otra bajo su cabeza y hombro, otra bajo la pierna flexionada y otra bajo el brazo adelantado.

La segunda forma:

1. Cruzarle los brazos sobre su pecho. Cruzar la pierna que tengamos más cerca sobre la más alejada.
2. Separar los pies unos 30 cm. Flexionar las rodillas y mantener la espalda recta.
3. Colocarle una mano en el hombro y la cadera que nos quede más lejana.
4. Rodar al paciente con cuidado hacia nosotros.
5. Comprobar que está cómoda y con buena alineación corporal, colocándole una almohada para el apoyo contra su espalda, otra bajo su cabeza y hombro, otra bajo la pierna flexionada y otra bajo el brazo adelantado.

1.4.2.5 Sentar en el borde de la cama y una sola cuidadora. Balanceo¹⁸

- Colocarle en decúbito lateral si no pudiese hacerlo él.

- Levantar la cabecera de la cama de manera quede sentado.
- Deslizarle un brazo por debajo del cuello y de los hombros. Coger el hombro más alejado. Colocar la otra mano bajo la rodilla más alejada del paciente.
- Girarle un cuarto de vuelta. Cuando las piernas estén en el borde del colchón, el tronco deberá estar recto.
- Pedirle que empuje con ambos puños sobre el colchón. Así se apoya mientras está sentado.

1.4.2.6 Traslado de la cama a la silla y viceversa, un solo cuidador/a¹⁹

De la cama a la silla.

1. Estando la persona sentada en el borde de la cama, el cuidador/a fijará una de sus piernas contra las piernas del individuo para evitar que éstas se deslicen. Una vez en esta posición, se seguirán los siguientes pasos:
2. Pasar sus brazos bajo las axilas de la persona, rodear el tórax sujetándolo a la espalda.
3. Los pies del cuidador/a deben estar separados, trabando con uno de ellos las piernas del sujeto.
4. El cuidador/a le girará al hasta colocarlo de espaldas a la silla, situada cerca de la cama, y flexionará las piernas mientras lo sienta lentamente. Si éste puede, se apoyará mientras tanto en los reposabrazos de la silla.

De la silla a la cama.

Para acostar a una persona dependiente que se encuentra sentada se debe contar con dos cuidadores/as y se realizarán lo siguiente:

1. Pasar una toalla por debajo de los muslos.
2. Cada cuidador/a pasará su antebrazo por debajo de la axila. En esta posición, los cuidadores/as se levantarán con la fuerza de sus piernas, y para la descarga se apoyarán con una rodilla en la cama.

1.4.2.7 Incorporación en la silla.

Persona dependiente.

Muchas personas que permanecen sentadas largos períodos de tiempo tienden a resbalar hacia delante hasta salirse de la silla. Para evitar esto es importante que la persona se siente bien atrás en la silla y con la espalda recta, con las caderas y las rodillas formando ángulos rectos y los pies bien apoyados en el suelo. A veces es conveniente ponerle una almohada detrás de los hombros para mantenerle el cuerpo erguido y una alfombra antideslizante a sus pies.

1. La incorporación en la silla de una persona sentada debe comenzar por colocarle los brazos cruzados en la cintura y las piernas cerca de la silla.
2. El cuidador/ se pondrá por detrás de la silla con las piernas pegadas al respaldo, ligeramente abiertas y flexionadas.
3. Rodeará el tórax del sujeto con los brazos por debajo de las axilas y le sujetará por los antebrazos (que estarán colocados sobre la cintura). En esta posición se le empujara hacia atrás en la silla.

Persona parcialmente dependiente.

Para levantar de una silla (que puede ser una silla común, la silla de ruedas, la taza del W.C., etc.) a una persona parcialmente dependiente que puede mantenerse de pie es necesario que el cuidador/a, colocado de frente a ella, le rodee el tórax y le abrace por debajo de sus axilas al tiempo que coloca sus pies trabando los pies del individuo. Una vez en esta posición, flexionando ligeramente las piernas y haciendo contrapeso con el cuerpo, lo incorporará. El cuidador/a, antes de dejarlo, debe asegurarse de que puede mantenerse de pie y caminar. Para sentar al individuo se darán los mismos pasos pero en sentido inverso. Para las maniobras de sentarse y levantarse, en el caso de sillas de ruedas es importante recordar que éstas deben tener los reposapiés levantados y, además, deben estar frenadas.

1.4.2.8 Ayuda a la deambulaci3n²⁰

Lo habitual es que el cuidador/a se coloque al lado (al lado contrario del que sostenga el bast3n) y le sujete con ambas manos (pasando una por detrás hasta la cintura y la otra por delante bajo la axila). A veces es necesario que el cuidador/a trabe los pies de la persona con los suyos; si es así y si además la persona usa bast3n, se le debe enseñar que primero (y siempre en distancias muy cortas) se debe adelantar el bast3n, despu3s la pierna más d3bil y por 3ltimo, la más fuerte, que siempre queda algo retrasada. Si la persona tiende a caerse hacia atrás, el cuidador/a puede colocarse de frente a ella sosteniéndola por los antebrazos; así, ante cualquier inestabilidad podr3 rodearla con sus brazos evitándole la caída.

BLOQUE 2: El cuidado de la persona dependiente¹⁵

2.1 OBJETIVOS:

- El cuidador/a aprenderá a realizar un aseo integral de la persona dependiente.
- El cuidador/a aprenderá a hacer una cama con la persona encamada.
- El cuidador/a aprenderá el uso de los dispositivos para la evacuaci3n.

- El cuidador/a aprenderá a realizar cambios posturales.
- El cuidador/a aprenderá a realizar un cambio de pañal.
- El cuidador/a aprenderá a detectar síntomas de alarma.

2.2 CONTENIDOS:

- Baño completo a persona encamada
- Lavado del pelo.
- Cuidado de la boca y dientes.
- Colocación de cuña y botella.
- Técnica para hacer la cama con persona encamada.
- Cambios posturales.
- Cambio de pañal.
- Síntomas de alarma.

Duración de los contenidos: 3 horas y 45 minutos.

2.3 ACTIVIDADES:

- Exposición teórica previa mediante vídeos explicativos de los contenidos.
- Técnica de demostración con entrenamiento de los contenidos expuestos en los vídeos explicativos.

2.4 DESARROLLO DE LOS CONTENIDOS

2.4.1 Baño completo a persona encamada²¹

Material necesario: Dos palanganas, Jabón líquido neutro, cuña, dos toallas pequeñas, material para la higiene bucal, ropa limpia de cama, peine

Procedimiento:

- Comprobar que la habitación tiene una temperatura agradable.
- Evitar corrientes de aire.
- Reunir el material cerca de la cama
- Comprobar que la Tª del agua esta tibia.
- Desnudarle y descubrir solamente la zona del cuerpo que se va a asear.
- Buscar un motivo de conversación para desviar la atención de la persona aseada.

Orden del aseo:

- Entre la almohada y la cabeza se coloca una toalla pequeña.
- Con solo agua, comenzar por la frente, los ojos desde el lagrimal hacia el exterior, las mejillas, nariz y barbilla.
- Con jabón el cuello y orejas. Evitar que entre agua en los oídos y nunca usar bastoncillos.
- Empezamos con el brazo derecho desde la axila hacia la mano con movimientos circulares con especial incidencia en las flexuras que es donde se acumula más suciedad. Secar.
- Repetir lo mismo en el brazo izquierdo.
- Limpiar el tórax con movimientos circulares con especial atención a los pliegues mamarios. Secar.
- Tapar el tórax y limpiar el abdomen con especial atención en las zonas inguinales. Secar.
- Seguimos con las piernas. Si es posible que flexione las piernas apoyando las plantas de los pies sobre la cama.
- Comenzar desde el tobillo hacia el muslo y secar. Hacer este procedimiento en las dos piernas.
- Introducir los pies en la palangana, frotarlos y después secarlos con especial interés en las zonas interdigitales.
- Poner al enfermo en decúbito lateral y comenzar a limpiarle desde la nuca a los glúteos con movimientos circulares con especial atención con la zona sacra.
- La zona anal secarla con papel fino tras la limpieza.
- Si la persona puede es aconsejable que se limpie el solo la zona genital por intimidad, pero si no es posible, colocamos una cuña, limpiamos de arriba para abajo y de delante para atrás.

2.4.2 Lavado del cabello.

Material necesario: Palangana, jarra con agua caliente, toallas, champú, peine, secador de mano.

- Colocarle boca arriba y que la cabeza quede colgada fuera de la cama y debajo de la cabeza una palangana vacía. Secar.

2.4.3 Cuidado de la boca y dientes (con prótesis dental)

- Colocar unas gasas en el fondo de la palangana.
- Le quitamos la prótesis dental y se deposita en la palangana y se limpia en el baño y se desinfecta.
- Antes de que se ponga la dentadura, que se enjuague la boca con líquido desinfectante.

2.4.4 Colocación de cuña (defecación y micción de la mujer).

- Poner papel higiénico en el fondo de la cuña.
- Dejándole cubierto, le ayudamos a que flexione las piernas.
- Colocamos una de las manos bajo los riñones, lo levantamos y con la otra mano ponemos la cuña cerciorándonos de que la parte estrecha este en contacto con los glúteos.
- Le incorporamos poniendo unos cojines o almohadas y le proporcionamos papel higiénico.
- Después, lavamos la zona genital, sus manos y secamos.

2.4.5 Colocación de botella.

- Le incorporamos y colocamos el pene (siempre que no pueda por sí mismo) en el cuello de la botella. Le facilitamos papel higiénico.
- Retiramos la botella y le lavamos los genitales y sus manos.

2.4.6 Técnica para hacer la cama con persona encamada²²

En primer lugar preparar todo lo que se va a necesitar para hacer la cama. Aunque somos familiares y hay confianza no está de más decirles lo que les vais a hacer y sobre todo si en ese momento le apetece porque igual Ha pasado mala noche y ha podido dormido mal. Otro aspecto importante es la temperatura de la habitación. Normalmente una persona que ha estado durmiendo si empezamos a quitarle la ropa de cama se va a destemplar sobre todo en invierno por lo que no estaría de más que si veis que la temperatura es fresca, poner un radiador unos minutos antes y cerrar las ventanas si es que las tenéis abiertas para evitar corrientes.

Como estáis solos y seguramente se tratara de una cama normal como las que tenemos todos, aconsejaría realizar una pequeña modificación en la cama para evitar que la persona cuidada se os caiga mientras la movéis. Esta modificación consiste en ponerle unas pequeñas ruedas con freno en las patas de la cama y que venden en las ferreterías, así, utilizando las paredes como tope podéis actuar desde un lado de la cama usando la pared de tope y cuando habéis acabado, podéis mover la cama y usar la pared contraria para proceder a hacer lo mismo.

- En primer lugar debemos aflojar la ropa de la cama y quitáis la colcha y la manta. Le ponéis la sábana limpia por encima para que no se enfríe y le retiráis la almohada.
- Ponerse en un lateral de la cama, le levantáis la rodilla más cercana de la pared y con cuidado le atraéis hacia vosotros dejándolo de espaldas hacia la pared (decúbito lateral).
- Se enrolla la ropa de cama sucia hacia la espalda de él y empezáis a hacer la cama desde el lado contrario, es decir, desde su espalda hacia la pared. Entonces colocáis la sabana bajera que está limpia en el lado que se ha quedado sin ropa de cama y la metéis con cuidado por debajo de su tronco.

- Una vez hecho esto, se mueve la cama hasta la pared contraria, lo atraéis hasta vosotros dándole la vuelta quedándose sobre la ropa limpia, se quita la ropa sucia empujándola al suelo y extendéis la sábana limpia. Es importante que estiréis bien la sábana para evitar roces y posibles úlceras por presión.
- Una vez hecho lo más difícil, se le coloca tumbado boca arriba y se mete la sábana sobrante bajo el colchón. Ahora ya es cubrirle con el resto de ropa de cama y ponerle la almohada pero se tiene que dejar suelta para que este cómodo. También es bueno que le dejéis las cosas que puede necesitar a su alcance como un libro, mando a distancia, etc...

2.4.7 Cambios posturales en paciente encamado: movilizaciones²³

El objetivo de esta sesión es la de enseñar a realizar cambios posturales para evitar a toda costa que se produzcan úlceras por presión, mejorar la circulación sanguínea, sobre todo de las zonas que están directamente en contacto con la cama, desentumecer las articulaciones, proporcionarle confort y al moverle, el organismo se tonifica y conseguimos además fomentar la motilidad intestinal que tanta guerra da en cuanto al estreñimiento.

Estos cambios posturales deben ser secuenciales y no es necesario que se tenga que quitar la ropa de cama para hacerlas. Estos cambios será aconsejable hacerlos cada 2-4 horas dependiendo del grado de movimiento de la persona y de vuestra disponibilidad. Si la persona tiene la autonomía suficiente para hacerlo ella misma, no estaría mal que lo hiciese cada 20 minutos. Lo que sí es verdaderamente importante es que los huesos no tengan contacto entre si y aunque ya se ha comentado antes, evitar a toda costa las arrugas en las sábanas.

Posiciones:

Decúbito supino:

Para esta posición, que es para que nos entendamos la persona boca arriba, debemos poner unos cojines normales en las siguientes partes del cuerpo. Un cojín debajo de la cabeza, otro debajo de los glúteos (el trasero), un cojín en cada gemelo, una almohada haciendo tope en el extremo de la cama para mantener en posición las plantas de los pies y un cojín debajo de cada brazo. Lo que queremos es no ejercer presión sobre los talones, cóccix, sacro, escapulas y codos.

En esta posición lo que tenemos que hacer mantener la cabeza con la cara hacia arriba y recta y alineada con el resto del cuerpo. Las rodillas deben estar ligeramente flexionadas, es decir, no deben estar tensas ni totalmente estiradas y las piernas un poco separadas, los codos deben estar estirados y las manos ligeramente flexionadas.

Decúbito lateral:

Es una posición donde la persona esta de lado. En este caso acolcharemos con los cojines las siguientes zonas del cuerpo. Uno debajo de la cabeza, otro apoyando la espalda a modo de cuña para que no bascule hacia atrás, otro separando las rodillas y

otro separando el maléolo externo que es el hueso prominente que tenemos debajo del tobillo y otro cojín debajo del brazo que no está en contacto con la cama.

En este caso lo que se debe evitar es que haya presión en las orejas, escápulas, costillas, crestas iliacas, gemelos, maléolos.

Posición sentada:

En este caso debemos poner los cojines detrás de la cabeza, uno debajo de cada brazo y otro debajo de los pies. Para ello le pondremos apoyado en la pared contigua a la cama o si se puede en el respaldo del sillón.

Decúbito prono:

Ahora la persona estará boca abajo. Le pondremos los cojines debajo de las piernas, muslos y abdomen para conseguir que estén sin presión los dedos de los pies, rodillas, genitales y mamas en caso de que sea una mujer. Los brazos deben situarse ligeramente flexionados.

Para acabar, comentaré lo que son las movilizaciones pasivas. Consisten en una serie de movimientos cuando la persona está en decúbito supino, es decir, boca arriba, y se realizarán moviendo hombros, codos, muñecas, caderas, rodillas y tobillos. Lo que conseguiremos es aumentar el tono vascular y cutáneo.

2.4.8 Cambio de pañal²⁴

- Desabrochar las cintas adhesivas del pañal
- Traer a la persona encamada hacia nosotros y meter la mitad el pañal usado bajo sus glúteos.
- Llevarla al otro lado y quitar el pañal. Asear y secar bien.
- Traer a la persona encamada hacia nosotros y meter la mitad del pañal nuevo bajo sus glúteos.
- Incorporarlo para el otro lado y sacar la parte del pañal que anteriormente hemos metido bajo los glúteos y ponerle boca arriba.
- Ajustarlo con cuidado de no estar muy prieto.

2.4.9 Principales síntomas de alarma.

- Enrojecimiento de la piel:

Es la antesala de la úlcera por presión y suele aparecer en las zonas del cuerpo donde existen prominencias óseas (caderas, rodillas, codos, hombros), y generalmente debido a la posición continuada durante más de dos horas, del peso del cuerpo en la misma zona.

Protocolo de actuación: Evitar el apoyo sobre esa zona y consultar con la enfermera del Centro de Salud.

- Fiebre:

Aumento de la temperatura corporal por encima de 37,5 ° C. En las personas mayores la temperatura corporal en situación normal suele estar en 36 ° C así que un aumento de la temperatura corporal puede indicar un proceso infeccioso que desequilibre su situación psíquica y física.

Protocolo de actuación: Consulta con el personal facultativo si aparecen fiebre alta, vómitos y/o diarreas.

- Diarreas, vómitos:

Pueden desencadenar alteraciones metabólicas y/o deshidratación por pérdidas de líquidos y baja ingesta hídrica, por la disminución de la sensación de sed.

Protocolo de actuación: Nutrición e hidratación adecuada.

- Flemas, tos:

La tos en el mayor puede ser causada por un cuadro de asma bronquial de base o bien por procesos infecciosos pulmonares, que además vendrán acompañados de flemas. Hay que fomentar la tos para ayudar a la expectoración.

Protocolo de actuación: Fomentar la tos productiva, respiraciones profundas y si es preciso, drenajes posturales.

MATERIALES NECESARIOS PARA REALIZAR EL TALLER FORMATIVO

<i>MATERIAL</i>	<i>CANTIDAD</i>
<i>SOMIER</i>	<i>2</i>
<i>COLCHÓN</i>	<i>2</i>
<i>PALANGANA</i>	<i>2</i>
<i>TOALLAS</i>	<i>6</i>
<i>JABÓN NEUTRO</i>	<i>1</i>
<i>BOTELLA-ORINAL</i>	<i>1</i>
<i>CUÑA</i>	<i>1</i>
<i>SÁBANAS</i>	<i>8</i>
<i>ALMOHADAS</i>	<i>8</i>
<i>PROYECTOR</i>	<i>1</i>
<i>LIBRETA</i>	<i>8</i>
<i>BOLÍGRAFOS</i>	<i>8</i>
<i>SILLA DE RUEDAS</i>	<i>1</i>
<i>ESPONJA</i>	<i>2</i>
<i>PAÑALES</i>	<i>4</i>
<i>MUÑECO DE SIMULACIÓN</i>	<i>1</i>

Fuente Elaboración Propia

JUSTIFICACION DEL PROYECTO

Tras mi experiencia como alumno de enfermería en la unidad de cirugía vascular del Hospital de Navarra N2, observé que había pacientes que entraban por su propio pie a la unidad y salían siendo dependientes.

Al continuar mis prácticas clínicas, seguí pendiente de esta situación y durante mi formación en la unidad de Geriátrica del Hospital de Navarra, observé que en muchos casos, los familiares o amigos que iban a ejercer el rol de cuidador no profesional lo hacían sin herramientas cognitivas suficientes para desarrollar este papel donde es preciso tener unos conocimientos técnicos concretos sobre todo, si no disponían de los medios económicos suficientes para contratar a un profesional y en otros casos, siquiera tenían tiempo para buscarlo.

Analiqué este contexto y me di cuenta que desde que el médico decidía que el paciente iba a ser dado de alta y la enfermera de referencia de su centro de salud acudía a su domicilio para elaborar un plan de cuidados junto a la trabajadora social y finalmente, ponerlo en funcionamiento, transcurría un tiempo no inferior a una semana. Entonces, vi que existía un periodo de desatención institucional entre el alta hospitalaria y la actuación de enfermería y trabajos sociales y era este espacio de *penumbra* cuando se producía el desasosiego de la familia o amigos.

Este proyecto, por lo tanto, lo baso sobre todo en la anticipación. Considero, que utilizando el tiempo previo al alta, podemos aprovecharlo para formar a la persona que será el cuidador principal no profesional.

También contemplo dos aspectos vitales para la viabilidad de este proyecto: la reflexión ética del mismo y el proceso de evaluación.

Reflexión ética²⁶.

Este proyecto, está encuadrado dentro de dos principios éticos

De no maleficencia:

Este proyecto, en su esencia y objetivos está profundamente comprometido con las implicaciones éticas exigibles a la profesión enfermera ya que este principio nos obliga entre otras cuestiones, a buscar e investigar procedimientos diagnósticos y terapéuticos nuevos que mejoren los que ya existen para que sean menos dolorosos para las personas, en este caso, los cuidadores informales no profesionales. Por lo tanto, esta propuesta de mejora, intenta profundizar en un área, que si bien está contemplada por el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea dentro de la Estrategia Navarra de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos del año 2013, considero

que mi propuesta de mejora añade un plus de eficiencia en los cuidados post-operatorios no solo del paciente, sino también del cuidador principal no profesional.

De justicia:

Las políticas públicas se diseñan en base a los principios materiales de justicia que se escogen. En España, la asistencia sanitaria es teóricamente universal y gratuita, por tanto basada en el principio de la necesidad.

El principio de justicia insiste en la necesidad de que todos los pacientes, y por lo tanto, también los cuidadores principales no profesionales ya que son una extensión de su situación, tengan igualdad de oportunidades de acceso a la asistencia, teniendo como único criterio prioritario los pacientes más desvalidos.

Profesionales implicados:

Para la puesta en marcha de este proyecto, es preciso que se oriente desde la colaboración multidisciplinar de diferentes profesionales. Contemplo la posibilidad de contar con la colaboración de dos tipos de profesionales.

Enfermera/o:

La docencia de este taller recaerá sobre este profesional ya que goza de los conocimientos y experiencia necesaria para desarrollar los contenidos docentes.

Este profesional, también intervendrá en la selección de los asistentes al taller en coordinación con las diferentes supervisoras de cada unidad y la trabajadora social del HVC que hará a la vez de enlace con la trabajadora social del CS del candidato al curso.

Auxiliar de Enfermería:

Contribuirá a las labores de docencia, en cuanto a la colaboración con Enfermería en el desarrollo práctico de los contenidos.

EVALUACIÓN DEL PROYECTO

EVALUACIÓN:

- **EVALUACIÓN DE LA ESTRUCTURA:** se realizará a lo largo de cada sesión para verificar si se ha cumplido el plan.
- **EVALUACIÓN DEL PROCESO:** evaluación de las dificultades que van apareciendo, de la puesta en marcha de los talleres.

- **EVALUACIÓN DEL RESULTADO:** observar si se han cumplido los objetivos propuestos, con la ayuda de las evaluaciones(cuestionarios realizados)

Encuesta de satisfacción

Para extraer conclusiones del curso y poner en marcha mecanismos de mejora de los futuros talleres formativos, he elaborado una pequeña encuesta con 5 ítems a rellenar por los asistentes.

1. Nivel de los contenidos:

Es un ítem que me permitirá establecer mejoras en el desarrollo de los contenidos futuros, si procede, en cuanto a si los contenidos han tenido el suficiente desarrollo formativo respecto a las expectativas de los asistentes.

2. Utilidad de los contenidos aprendidos:

Me resultará útil saber si los contenidos del taller se han ajustado a las expectativas y necesidades con la que accedieron los asistentes al taller.

3. Duración:

La configuración del taller la he programado para que sea de una duración de un día. Me interesará saber si esta configuración se ajusta a la disponibilidad horaria de los asistentes.

4. Horario:

El horario, es partido en mañana y tarde. Su opinión me ayudará a reconfigurar si es necesario el horario que he establecido.

5. Organización:

La opinión de los asistentes me permitirá reflexionar sobre si la organización en cuanto al tipo de personal docente, estructura de las clases y dinámica de estas es el adecuado.

6. Sugerencias de mejora:

Este espacio de texto libre, permite averiguar aspectos del curso que siendo una opinión particular puede aportar opiniones subjetivas para un análisis comparativo al final del periodo de evaluación del taller.

MODELO DE ENCUESTA

MARCAR CON UNA X	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
El nivel de los contenidos ha sido					
La utilidad de los contenidos aprendidos ha sido					
La duración del taller ha sido					
El horario realizado ha sido					
La organización del taller ha sido					
Sugerencias de mejora(texto libre)					

Fuente: Elaboración Propia

CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO

CRONOGRAMA DE IMPLANTACIÓN DEL PROYECTO

El cronograma de implantación, no procede realizarlo ya que este proyecto será ofrecido al Sistema Navarro de salud-Osasunbidea y por lo tanto, está pendiente de su aprobación.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

A la hora de plantearme la elaboración de este proyecto y considerarlo útil para poder ser desarrollado me pregunte para qué era importante formar al cuidador principal.

Al elegir este proyecto, tuve claro que si se querían lograr los objetivos planteados la anticipación, la corta duración del taller y que tuviera un carácter público, eran tres pilares fundamentales que sustentarían su viabilidad.

Partiendo de la idea inicial de este proyecto que pretendía reducir o evitar los reingresos y conservar la salud del cuidador, los objetivos que desarrollo y muestro, nos situarían en los siguientes puntos:

Un beneficio económico importante para el sistema sanitario ya que la formación del cuidador principal durante el periodo comprendido entre el alta del paciente y la activación del sistema sanitario evita el efecto rebote del paciente al centro asistencial de donde procedió.

Siguiendo con cuestiones económicas, teniendo en cuenta la dispersión demográfica de Navarra, el coste de dotar a profesionales sanitarios para el cuidado de este tipo de pacientes durante el periodo antes citado, resultaría muy costoso, y mediante este curso, se consigue que la familia gestione los cuidados básicos hasta que enfermería, en colaboración con la trabajadora social establezcan un plan de actuación personalizado.

Otra finalidad que parte de los objetivos aquí planteados, es que mediante una formación al cuidador principal previa al alta del paciente, enfermería puede comenzar su labor, reforzando y/o modificando aspectos relativos al cuidado ya que el cuidador principal tendrá la experiencia de unos 5 días para comunicarle a la enfermera del centro de salud cualquier aspecto que considere importante para mejorar sus cuidados.

Por último y no menos importante, se consigue o por lo menos se minimiza el estrés que pueden padecer los cuidadores principales por el hecho de tener que asumir el rol de cuidador nada más ser de dado de alta su familiar o amigo y las lesiones musculares o articulares que derivan de esfuerzos motivados por el cuidado. En definitiva la formación al cuidador no profesional nos sitúa ante un triple beneficio: el aumento de la calidad de vida del paciente y del cuidador y la reducción de los costes sanitarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Departamento de salud, Estrategia Navarra de atención a pacientes crónicos y pluripatológicos.2013.Gobierno de Navarra.

Disponible en:

http://www.cermiaragon.es/sites/default/files/biblioteca/archivos/a_documento_511.pdf

Fuente consultada el 4 de abril del 2014

2. Catherine Le Galès -Camus, Robert Beaglehole y JoAnne Epping -Jordan. *"Preventing Chronic Diseases, a vital investment"* OMS.2005

Disponible en:

http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf

Fuente consultada el 2 de abril de 2014

3. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.2012

Disponible en:

http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/Participaci%C3%B3n%20ciudadana/III%20Jornadas%20de%20Participaci%C3%B3n%20Ciudadana%20y%20Actividades%20Comunitarias/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

4. Fundación Caser Dependencia 2011. Ayudas a la Dependencia en España. Situación Actual.

Disponible en:

<http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/Dependencia%202011%20Ptaci%C3%B3n%20Final.pdf>

Fuente consultada el 2 de abril de 2014

5. Instituto Navarro de Estadística. Encuesta Social Monográfica. Conciliación de vida laboral y familiar.2008.Gobierno de Navarra.

6. Ortiz Camúñez MA, Bohórquez Colombo P, Garrido Porras E, Codina Lanaspá A, Yerro Páez V, Bernabéu Wittel M. Deterioro funcional, cognitivo y vulnerabilidad clínica en pacientes pluripatológicos. XXVI Congreso de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria; Aten Prim 2006; 38.

Documento disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400002&lng=es&nrm=iso

Fuente consultada el 23 de Mayo del 2014

7. Given C, Given B, Stommel M, Collins C, King S, Franklin S. The Caregiver Reaction Assessment (CRA) for caregivers to persons with chronic physical and mental impairments. *Research in Nursing and Health* 1992; 15 (4): 271-83.
8. García Fernández FP, Carrascosa García MI. Resultados de las intervenciones enfermeras en el proceso pluripatológico para mejorar la práctica clínica. *Gerokomos* 2008; 19 (3): 118-24.
9. Informe Olivenza 2010

Disponible en:

http://www.cermiaragon.es/sites/default/files/biblioteca/archivos/a_documento_511.pdf

Fuente consultada el 30 de abril del 2014

10. la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (Manual de habilidades para cuidadores familiares de personas mayores dependientes)

Disponible en:

http://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/MANUAL_HABILIDADES_SEGG.pdf

Fuente consultada el 7 de marzo del 2014

11. Dirección General de Programas Asistenciales. Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Taller de formación y educación sanitaria para personas cuidadoras. Servicio Canario de Salud.

Documento disponible en:

http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a56de54e-ed42-11dd-958f-c50709d677ea/Taller_cuidadoras.pdf

Fuente consultada el 5 de marzo del 2014

12. Cruz Roja Española. Guía básica de autocuidado para personas cuidadoras.

Disponible en:

http://www.sercuidador.org/pdf/guia_autocuidado.pdf

Fuente consultada el 8 de Marzo del 2014

13. M^a Pilar Seira Lledós, Ana Aller Blanco y Ana Calvo Gascón (Noviembre-Diciembre 2002). Movilidad sentida y diagnosticada en cuidadores de pacientes inmovilizados de una zona de Salud Rural. Revista Española de salud Publica 2002.

14. Gobierno de Aragón. Departamento de servicios sociales y familia: Guía básica para el cuidador-manual.

Disponible en:

http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Departamentos/ServiciosSocialesFamilia/Documentos/DEPENDENCIA/Gu%C3%ADa%20B%C3%A1sica%20para%20el%20Cuidador_SC.pdf

Fuente consultada el 19 de febrero del 2014

15. M^a José Pérez Jarauta, Margarita Echauri Ozcoidi, Eugenia Ancizu Irure, Jesús Chocarro San Martín.2006. Manual de educación para la salud. Gobierno de Navarra.

16. Manuel Alés Reina. 1999. Manual de preparación para la obtención del título de Auxiliar de Enfermería. Editorial Mad, SL.

17. Vídeo explicativo del desplazamiento hacia la cabecera de la cama con persona en decúbito supino.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=HNJqeslmWqg

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

18. Vídeo explicativo de cómo mover a la persona hacia el borde de la cama.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=k4NF-HbrPd4

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

19. Vídeo explicativo de cómo sentar a una persona encamada al borde de la cama.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=Z0x70XIVtsg

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

20. Vídeo explicativo de cómo trasladar de la cama a la silla y viceversa.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=YvSKxwOTq3A

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

21. Vídeo explicativo para ayuda en la deambulaci3n.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=GRKR4QpFzIY&list=PL7FE22F18B0783261

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

22. Vídeo explicativo de aseo a persona encamada.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=IrVLA4EHBjc

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

23. Video explicativo de cómo hacer una cama con persona encamada.

Disponible en:

http://www.youtube.com/watch?v=75o2sJeTf3I&feature=player_detailpage

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

24. Video explicativo de cambios posturales a persona encamada.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=cs4LNtQyIvY

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

25. Vídeo explicativo de cambio de pañal a persona encamada.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=aZaOeC2-kAg

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

26. Vídeo explicativo para pasar de decúbito supino a posición lateral.

Disponible en:

https://www.youtube.com/watch?feature=player_detailpage&v=t_HyoikBhPU&list=PL7FE22F18B0783261

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

27. Bioética y principios básicos de ética médica. Lydia Buisan Espeleta

Disponible en:

<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2089661>

Fuente consultada el 16 de mayo del 2014

Bibliografía complementaria.

- 1- Clemente Franco, M^a del Mar Sola, Eduardo Justo (2010). Reducción del malestar psicológico y de la sobrecarga en familiares cuidadores de enfermos de Alzheimer mediante la aplicación de un programa de entrenamientos en conciencia plena. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 45, página 252. Año 2010.
- 2- Miriam Rosa Ramos Cortés, Elena Romero Pisonero, Jesús Mora Fernandez, Luis José Silveira Guijarro, José Manuel Rivera Casado (Julio-Agosto 2007). Análisis de mortalidad tras el ingreso en una unidad de agudos de geriatría: Influencia en la demencia funcional. Revista Española de Geriatria y Gerontología .Vol. 42. Página 213. Año 2007.
- 3- María Crespo López (Mayo-Junio 2008). Retos actuales en el apoyo a cuidadores no profesionales de mayores dependientes. Revista Española de Geriatria y Gerontología. Vol. 43. Página 131. Año 2008.
- 4- José Carlos Millán Calenti. 2005. Gerontología y Geriatria: Valoración e intervención. Editorial médica panamericana.
- 5- Tom J. Wachtel, Marsha, Fretwere. 2006. La asistencia del paciente geriátrico 3^a edición. Elsevier-Masson.
- 6- Fundación la Caixa: Gestionado por Cruz Roja. Supervisión por CEAFA (Confederación Española de familiares enfermos de Alzheimer y otras demencias): Talleres para cuidadores familiares.

Disponible en:

<http://www.ceafa.es/themed/ceafa/files/docs/4a40beac8c.pdf>

Fuente consultada el 6 de marzo del 2014

ANEXOS

Artículos de prensa que inciden en la problemática actual de la figura del cuidador no profesional.

ANEXO 1

Fecha de consulta: 27 de marzo del 2014

Disponible en: <http://www.diariovasco.com/v/20140327/bidasoa/descienden-solicitudes-para-residencias-20140327.html>

Descienden las solicitudes para residencias y ayuda a domicilio

Bienestar Social prestó atención individualizada el año pasado a 660 personas mayores de 60 años que requerían distintos servicios
27.03.14 - 00:13 - :: MARÍA JOSÉ ATIENZA | IRUN.

Comenta esta noticia |  0 |  0 |  Compartir |  Recomendar 0

 2 votos   

El balance de atenciones realizadas por el departamento de Bienestar Social a las personas mayores durante el año 2013 registra un descenso de solicitudes para ingresos en centros residenciales y una caída del número de usuarios del servicio de ayuda a domicilio, que se atribuye a la crisis económica.

Son algunos de los datos recogidos en la memoria de 2013 de este departamento municipal, que fue presentada ayer por el alcalde de Irun, José Antonio Santano, la delegada del área, Maite Cruzado y el jefe del departamento, Juan de Dios Sanz.

«Las políticas de atención a personas mayores tienen una importancia creciente, porque afectan cada vez a más ciudadanos. Para nosotros es muy importante que esas personas puedan estar en su entorno el mayor tiempo posible, por lo que debemos hacer políticas preventivas», dijo el alcalde, quien se refirió después a la reducción de las listas de espera para el ingreso en centros residenciales. «Están disminuyendo de manera drástica y eso también nos obliga a gestionar de otra manera», añadió. «Sabemos que hay mayores que quizá hace unos años hubieran estado en una residencia y hoy en día están con la familia, que es quien les atiende, por lo que tenemos que estar ahí para ayudar y echar una mano».

La delegada de Bienestar Social, Maite Cruzado y el jefe del área, Juan de Dios Sanz, facilitaron los datos más destacados de la memoria de 2013. A lo largo del año pasado, los profesionales de los servicios sociales de base realizaron un total de 1.491 atenciones, de las cuales 660 fueron a personas mayores. Las necesidades planteadas por estas personas eran de diversa índole, pero una parte de ellas se centró en prestaciones económicas. Concretamente, de las 448 Ayudas de Emergencia Social concedidas en total, 147 lo fueron para personas mayores de 60 años. Asimismo, de las 101 familias que solicitaron ayudas especiales, 23 correspondieron a personas mayores de 60 años.

Los servicios sociales atendieron, además, 38 casos de personas mayores en situación de desprotección, detectados por la Policía Local y la Ertzaintza. «En estos casos, pudimos intervenir, al igual que en otros trasladados por ciudadanos o comunidades de vecinos», señaló la delegada de Bienestar Social quien hizo un llamamiento a la ciudadanía «para que nos preocupemos por las situaciones de personas próximas a nosotros que puedan encontrarse en situación de desprotección y las hagamos llegar a los servicios sociales para que éstos puedan intervenir».

LAS CIFRAS

147

Fueron las personas mayores de 60 años que recibieron Ayudas de Emergencia Social, del total de 448 prestaciones concedidas.

84

Fueron las solicitudes de ingreso en algún centro residencial para mayores registradas el año pasado, frente a las 122 recibidas en 2012. A fecha de 31 de diciembre eran 40 las personas en lista de espera.

Ley de Dependencia

Maite Cruzado dio cuenta, también, de las prestaciones asociadas a la Ley de Dependencia. En 2013, el Ayuntamiento de Irun tramitó 771 solicitudes de valoración de dependencia, frente a las 708 del año anterior. En cuanto a las prestaciones económicas tramitadas asociadas a la dependencia, fueron un total de 217.

«El año pasado tuvimos 84 nuevas solicitudes para ingresos en centros residenciales, frente a las 122 recibidas en 2012. Este descenso, que es general en todo el territorio de Gipuzkoa, se ha producido igualmente en los centros de día (34 solicitudes el año pasado frente a las 42 registradas en 2012). Otro tanto ocurre con las plazas sociosanitarias, que han sido 11 en 2013, frente a las 21 del año anterior».

Entre el descenso de solicitudes y el incremento de plazas concertadas registrado en los últimos años con la apertura de la residencia Caser Betherram «en este momento nos encontramos con una lista de espera para entrar en centros residenciales en el municipio de 40 personas, frente a las 180 que tuvimos en los últimos años».

Juan de Dios Sanz facilitó los datos de la memoria de 2013 referidos al servicio de Ayuda a Domicilio, «que viene registrando, con carácter general, una caída en la demanda. Es un fenómeno general en todo nuestro entorno, que tiene que ver con la crisis económica y con las fórmulas de copago que se están extendiendo y que no están permitiendo, quizás, llegar a toda la población potencial que podría requerir este servicio, aunque puede tener que ver con otros aspectos como la forma de gestión», dijo el jefe del departamento. «En 2013, nos situamos en 210 personas usuarias de este servicio, frente a las 219 que había el año anterior»

El Ayuntamiento dispone, por otra parte, de un servicio de suministro de comidas a domicilio, «que ha sido muy bien valorado y que en los últimos años había tenido un incremento casi exponencial, pero que este último año ha quedado estabilizado en 106 personas, lo que denota también las consecuencias de la situación económica que vivimos».

Al igual que el alcalde y la delegada de Bienestar Social, Juan de Dios Sanz valoró muy especialmente la labor de las asociaciones que trabajan con y para las personas mayores. «Son uno de los pilares de nuestro trabajo y queremos seguir apoyándolas», dijo. Algunas de estas asociaciones están establecidas en centros sociales del Ayuntamiento, como son los de Luis Mariano e Iraso, a los que recientemente se ha incorporado el de San Miguel. A lo largo de 2013 se desarrollaron en el centro de Luis Mariano 2.809 actividades (informática, yoga, pintura, bailes de salón...), con una media mensual de 307 personas participantes. En Iraso se han realizado 779 horas, con una media de participación mensual de 195 personas.

ANEXO 2

Fecha de consulta: 9 de mayo del 2014

Disponible en: <http://www.diariovasco.com/20140503/mas-actualidad/sociedad/casi-vascos-enfermedades-cronicas-201405031706.html>

41 CURSOS EN LOS TRES TERRITORIOS

Casi 500 vascos con enfermedades crónicas se formarán en cursos de autocuidado

Osakidetza relanza el programa 'Paciente activo' con la puesta en marcha de 41 actividades en los tres territorios

02.05.14 - 23:57 - M. JOSÉ CARRERO | BILBAO.

2 Comentarios

Twitter 23

g+1 0

Compartir

Recomendar 89

0 votos

El autocuidado es fundamental para enfrentarse a una enfermedad crónica. De nada o de poco sirve tomar medicación si no se siguen una pautas de vida que contribuyen a mejorar de forma sustancial el estado de salud. Por ello, Osakidetza ha decidido relanzar el programa denominado 'Paciente activo' que se puso en marcha la pasada legislatura para ayudar a los enfermos crónicos a autogestionar su enfermedad.

Más información:
www.osakidetza.euskadi.net/pacienteactivo/es

Así, en las próximas semanas arrancarán 41 cursos en los tres territorios. Según el consejero de Salud, Jon Darpón, «estas actividades de autocuidados están dirigidas tanto a personas que sufren alguna patología crónica como a sus cuidadores o cuidadoras». Se trata de ofrecerles herramientas que les ayuden a ser más autónomos con su dolencia, a responsabilizarse de su salud, a conocer mejor todos los aspectos de la enfermedad y a controlar las emociones negativas que esta puede producir.

El progresivo envejecimiento de la población acarrea en Euskadi un aumento de los enfermos crónicos. «Si esto supone que las instituciones dedicadas a cuidar de la salud tienen que estar más alerta que nunca, también las personas afectadas deben asumir que son responsables de su propio bienestar físico, mental y social», argumentó Darpón. Fruto de esa colaboración entre la institución y el paciente surge la Escuela de Salud (Osasun Eskola) de Osakidetza, encargada de organizar las actividades formativas.

1.500 personas formadas

Hasta el momento, 1.500 enfermos han participado en los cursos. Muchos se han convertido a su vez en formadores de otros ciudadanos en su misma situación. De ese modo, el autocuidado será impartido por crónicos que, apoyándose en su experiencia, pueden transmitir las habilidades necesarias para tomar parte activa en el control de su salud.

ANEXO 3

Fecha de consulta: 18 de Mayo del 2014

Disponible en:

http://www.diariodenavarra.es/noticias/mas_actualidad/nacional/2014/05/18/el_los_cuidadores_pacientes_con_alzheimer_riesgo_enfermar_159718_1031.html

diariodenavarra.es Navarra Deportes Nacional Internacional Economía Cultura Sociedad

El 70% de los cuidadores de pacientes con alzhéimer, en riesgo de enfermar

COLPISA. MADRID

A⁻ A⁺

- Dolores musculares, patologías cardíacas, gastroenteritis o trastornos respiratorios son las principales afecciones

18/05/2014 a las 06:00

Unas 800.000 personas sufren alzhéimer en España. Son personas que necesitan atención continua, en muchos casos especializada. A ellos se dedican **más de dos millones de cuidadores**, que emplean **cerca de 79 horas semanales en atenderles**. Estas personas se vuelcan de tal modo en el enfermo que **llegan a descuidar su propia salud**. El 70% de los cuidadores no profesionales está, de hecho, en riesgo de padecer trastornos orgánicos y fisiológicos.

Expertos de la Fundación Vianorte-Laguna explican que la mayor parte de las **afecciones** que presenta las personas que atienden a los enfermos de alzhéimer son **de origen muscular, cardiovasculares y problemas respiratorios**, con el agravante que estos cuidadores no acuden al médico hasta que ya no pueden más. Asimismo, estas personas ven cómo poco a poco comienzan las dificultades para conciliar el cuidado del enfermo con su propia vida familiar y social.

Así, el 54% de los cuidadores abandona las atenciones que daba a otros familiares y el 33% deja el cuidado personal (peluquería, alimentación, vestuario) y muestra menos interés por otras actividades. Esto conlleva también a que **muchos de ellos se sientan desbordados** (hasta el 69% afirma sentirse así) y reclamen asesoramiento especializado para llevar a cabo estos cuidados.

Para evitar estas situaciones, la Fundación Vianorte-Laguna y la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer firmaron esta semana un **convenio para mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores**. Entre otras iniciativas, promoverá un programa de formación y asesoramiento dirigido a los cuidadores. En concreto se pondrá énfasis en la atención al mayor y el autocuidado de la persona encargada de atender al enfermo.

Estos **programas**, que comenzarán este mes de **mayo** y que serán **gratuitos**, tendrán también sesiones teórico-prácticas. Los asistentes recibirán una formación específica para cada familiar en función de la fase de la enfermedad de la persona a la que cuida -leve, moderada y avanzada-. Además se ofrecerá el asesoramiento en numerosas áreas de atención, como pautas para la comunicación, la alimentación o la prevención de las escaras, entre otros muchos aspectos.

AdChoices 

"Estamos realmente encantados de esta colaboración, que nos va a permitir formar a muchos cuidadores y familiares de personas con alzhéimer", explica María García, directora de Terapias de la **Fundación**

Vianorte-Laguna. "Pensamos que es también una herramienta muy buena para contribuir a un mejor estado de salud de los cuidadores, y a la prevención de posibles trastornos derivados de la sobrecarga física y psicológica del cuidador. Esperamos también que esta iniciativa contribuya a **mejorar su calidad de vida**, y la de los mayores que dependen de ellos", apunta Koldo Aulestia, presidente de la Confederación Española de Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias.

REGLAS DE ORO

Para atender a un enfermo, la Fundación Alzheimer España recuerda que se deben seguir las siguiente 'reglas de oro' para hacer frente a las difíciles situaciones que se le presentan a diario. En todo momento hay que **mantener la calma**, dado que a menudo se sentirá irritado por la conducta de su familiar. No sirve para nada enfadarse porque no se comporta según las reglas habituales, familiares, sociales o de convivencia. Es necesario dejar al enfermo el tiempo que necesita. De buena fe, el cuidador puede inducir una "hiperestimulación". Es un error.

Por otra parte, hay que permitir **que el enfermo viva a su ritmo** sin intervenir sistemáticamente en su manera de actuar y hay que dejarle hacer lo que quiera mientras su actividad no sea peligrosa para él o los demás. Tampoco hay que discutir con el enfermo, puede encontrar buenas razones para justificar sus olvidos. Su lógica ha dejado de ser la nuestra.

Nunca hay que regañarle. Poco a poco se olvida de las convenciones que rigen las relaciones sociales. Aparece una desinhibición que explica las conductas inapropiadas. Tampoco hay que tomar a mal sus conductas ilógicas o incoherentes. Debe organizársele la vida de forma rutinaria. El enfermo pierde poco a poco la memoria, lo que quiere decir que es incapaz de aprender nuevas formas de actuar.

El cuidador debe estar preparado para tomar decisiones en su lugar, tanto las relacionadas con la vida familiar y, siempre, sobre las decisiones relativas a su propia vida. Deben simularse situaciones que puedan producirse, como que el enfermo se haya perdido en la calle. Y sobre todo cuidarse de uno mismo. **Las abnegaciones no le darán la fuerza física para resistir** a los cuidados y a la atención que es preciso dispensar durante las 24 horas del día.

ANEXO 4

Fecha de consulta: 8 de junio del 2014

Disponible en:

http://www.diariodenavarra.es/noticias/navarra/mas_mitad_los_cuidadores_personas_con_demencias_sufren_patologias_estres.html

 Personalizar información del tiempo 

Inicio Navarra Deportes Nacional Internacional Economía Cultura Sociedad Televisión Multimedia Oci

En Navarra Más Navarra Pamplona y comarca Tudela y Ribera Tierra Estella y Valdizarbe Zona media

🏠 > Navarra >

ESTUDIO

Más de la mitad de los cuidadores de personas con demencias sufren patologías de estrés

E.PRESS.PAMPLONA A- A+

- En el 80% de los casos son las familias quienes asumen, en el propio domicilio, los cuidados de estos enfermos, según lo ha asegurado el director de la Clínica Psiquiátrica Padre Menni de Pamplona, Manuel Martín

Actualizada 30/03/2011 a las 13:01

Más de la mitad de los cuidadores de personas con **enfermedades neurodegenerativas** presentan patologías relacionadas con el estrés. En el 80% de los casos son las familias quienes asumen, en el propio domicilio, los cuidados de estos enfermos.

Así lo ha asegurado el director de la **Clínica Psiquiátrica Padre Menni** de Pamplona, Manuel Martín, coordinador del taller sobre herramientas para la prevención y reducción de la sobrecarga del cuidador que se desarrolla hoy en Alhóndiga Bilbao.

En un comunicado, ha destacado que en **España** hay actualmente **más de 600.000 enfermos de Alzheimer**, la primera entre las enfermedades neurodegenerativas, así como la primera causa de demencia en la población anciana.

La **sobrecarga del cuidador** es un concepto que hace referencia a los efectos negativos que la tarea del cuidado tiene sobre la salud del cuidador, que "entre un 40 y un 75% de los casos pueden presentar patologías psicológicas relacionadas con el **estrés**".

Además, los daños experimentados en el cuidador, según Martín, "pueden repercutir en la capacidad de cuidar, y a su vez, en una temprana institucionalización".

En este sentido, el experto ha apuntado que "los **programas de intervención psicosocial de carácter psicoeducativo** están dirigidos a detectar, prevenir y reducir la sobrecarga del cuidador mediante el desarrollo de estrategias para el manejo del estrés, así como el aprendizaje de habilidades que les faciliten la tarea del cuidado y mejoren la calidad de vida del cuidador".

El objetivo de este **taller**, ha explicado Martín, es presentar un programa de intervención psicoeducativo, EDUCA-DEM, que ha sido evaluado en centros de día y de asistencia ambulatoria para pacientes con demencia.

Asimismo, la psicóloga del Hospital Aita Menni (Arrasate) e investigadora principal en el Proyecto Educa, Ana Domínguez, ha indicado que se pretende potenciar el **papel de las redes asistenciales en Salud Mental** en la atención a las demencias.

El taller se inscribe en el **Proyecto Educa**, cuyo objetivo es la puesta a punto y diseminación de herramientas destinadas a la reducción y prevención de la sobrecarga de cuidadores de personas con discapacidad asociada a enfermedad mental grave.

El Proyecto Educa ha sido desarrollado por el Instituto de Investigaciones Psiquiátricas (Fundación María Josefa Recio), con sede en Bilbao, y ha contado con la colaboración y el patrocinio del Hospital Aita Menni (Arrasate), Clínica Psiquiátrica Padre Menni (Pamplona), FIS, BIOEF, CIBERSAM, UPV y laboratorios ESTEVE y NOVARTIS.

Perfil del cuidador

El cuidador principal de un enfermo de **Alzheimer** suele ser en España una **mujer** (superan en proporción 4 a 1 a los varones), **hijas** (60%) o **cónyuge** (30%) del enfermo, que actúa generalmente en solitario, ya que rara es la familia en la que sus miembros trabajen realmente equitativamente "en equipo" a la hora de cuidar al enfermo.

Este cuidador principal va asumiendo paulatinamente la mayor parte de las tareas del cuidar, hasta llegar realmente a no hacer casi otra cosa en su vida personal sino dedicarse **24 horas** al día a esta labor. Por otra parte, se estima que alrededor de un 40 por ciento de los cuidadores no reciben ayuda de ninguna otra persona, ni siquiera de familiares cercanos.

Sin embargo, según los expertos, tienden a rechazar el apoyo exterior aún necesitándolo mucho, a veces por **sentimientos de culpa u obligación moral**. El uso de recursos institucionales es muy bajo, ya que sólo en el 15% de las familias existe apoyo municipal o autonómico de servicios sociales.

ANEXO 5

Fecha de consulta: 9 de junio del 2014

Disponible en:

<http://www.lavozdegalicia.es/noticia/galicia/2014/03/15/paciente-chronico-obsesion-administracion-sanitaria/00031394922141854860774.htm>

La Voz de Galicia.es Actualizado: 05:28 h. domingo, 16 de marzo de 2014

Edición en Castellano

Portada Galicia A Coruña A Mariña Arousa Barbanza Carballo Deza Ferrol Lemos Lugo Ourense Pontevedra Santiago Vigo

Temas Reforma fiscal Flota de cerco Naufragio en Asturias Crisis en Ucrania Deportivo Celta Fórmula 1 La última actuación de Iraila

Publicidad

doctoralia El buscador médico líder

BUSCADOR MÉDICO RESERVA DE CITA PREGUNTA AL EXPERTO APP MÓVIL

ACTUALIDAD

«El paciente crónico es la obsesión de la Administración sanitaria»

16 de marzo de 2014 05:00

Sergio Cinza es médico de familia y preside en Galicia la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen). Admite que uno de los grandes retos de la sanidad es la atención al enfermo crónico.

¿La atención al crónico supone un porcentaje importante de tiempo en la jornada asistencial?

El crónico es el que de verdad nos genera demanda, tanto en primaria como en especializada, a través de urgencias o de ingresos. El paciente crónico es la obsesión de la administración sanitaria porque es el que genera más carga, y sobre todo es quien va a generarla en el futuro. Es el paciente que nos obsiona, porque el sistema sanitario estaba pensado, cuando se diseñó, para el enfermo agudo.

?El programa del Sergas quiere evitar ingresos al controlar a distancia al paciente, ¿es fácil que un crónico se descompense?

?Sí, se descompensan. No se siguen los hábitos recomendados. Es una realidad que el enfermo de EPOC no deja de fumar muchas veces o que el hipertenso come mal, y además la enfermedad tiende a descompensarse. Pero lo cierto es que el paciente se descompensa más porque no hace bien las cosas o porque no toma el tratamiento.

?¿Es habitual que no se sigan bien los tratamientos?

?Los estudios dicen que el cumplimiento absoluto lo hacen en torno al 40 o 50 % de los crónicos. Casi todos olvidan alguna dosis. Son mayores, no ven bien y cuando vienen a renovar el tratamiento ves perfectamente que no retiraron alguno de los envases.

?¿Un control a distancia del tratamiento y monitorizar constantes podría evitar ingresos?

?Un abordaje precoz permite evitar los ingresos. Cuanto más soporte das a los enfermos más evitas que se descompensen. Cualquier aplicación que se haga para crónicos y tenga resultados será un gran impacto.

?Pero, ¿y el hecho de que personas mayores tengan que lidiar con tecnología?

?Supongo que es algo que se ha estudiado. Yo lo veo complicado, viendo el lío que les causa solo el pedir una cita por teléfono. La edad no deja de ser una barrera para las nuevas tecnologías. Es verdad que las van asimilando y cada vez se hacen más cursos, pero lo veo difícil.

?¿Cada cuánto acude un enfermo crónico a la consulta de su médico de familia?

?Depende de la patología que tengan. Cuando existe un factor de riesgo una vez al mes, por ejemplo para controlar la tensión o la diabetes. Cada seis meses o un año recomiendo además hacer un análisis.