

CONOCER A NUESTRAS
CUIDADORAS COMO
GARANTIA DE CALIDAD
Y SEGURIDAD PARA EL
PACIENTE INMOVILIZADO:
ESTUDIO DESCRIPTIVO

LUIS ALFONSO APARCERO BERNET

II CONGRESO INTERNACIONAL VIRTUAL DE ENFERMERIA CIUDAD DE GRANADA

"Calidad y seguridad del paciente a través del cuidado continuo personalizado"

CONOCER A NUESTRAS CUIDADORAS COMO GARANTIA DE CALIDAD Y SEGURIDAD PARA EL PACIENTE INMOVILIZADO: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Autor principal LUIS ALFONSO APARCERO BERNET

CoAutor 1

CoAutor 2

Área Temática CALIDAD DE CUIDADOS EN LA SEGURIDAD DEL PACIENTE EN EL ÁMBITO DE ATENCIÓN PRIMARIA

Palabras clave CUIDADORAS FAMILIARES ATENCIÓN PRIMARIA INMOVILIZADOS ATENCIÓN DOMICILIARIA

» Resumen

En la ZBS de Amate se realiza en 2010 estudio descriptivo en una muestra de 40 cuidadoras a cargo de otros tantos pacientes dependientes, se describe el perfil de las mismas: edad, sexo, nivel cultural, situación laboral, y tiempo de dedicación al cuidado.

Mediante cuestionario ad hoc heteroadministrado se han recogido aspectos de su vida en relación al cuidado. Se valoran apoyos familiares y percepción de la función familiar mediante el uso de cuestionarios validados.

El objetivo del estudio era conocer el perfil de las cuidadoras de nuestra zona básica para, conociéndolas mejor, poder prestarles una mejor atención.

Entendemos, y hay evidencia en la literatura científica, que el paciente inmovilizado en domicilio a cargo de cuidadoras familiares debidamente entrenadas por el personal de enfermería, presta unos cuidados de calidad ofreciendo la máxima seguridad a su paciente.

Los resultados nos aproximan a un perfil de cuidador/a, en la muestra definido por mujer de 54 años, casada, con nivel de estudios primarios, sin actividad laboral remunerada e hija del paciente principalmente. La percepción que tienen sobre su estado de salud es que con la actividad de cuidar se está deteriorando, al igual que sus relaciones personales y actividades recreativas. En cambio, se ven fortalecidas e incentivadas al expresar un reconocimiento por parte del paciente y de las personas de su entorno, lo que se complementa con la percepción de adecuados apoyos familiares y estructuras familiares normofuncionales.

» Contexto de partida. Antecedentes. Experiencias previas. ¿Dónde se realizó el trabajo? ¿En qué tipo de organización o departamento? ¿Cómo surge? ¿Hay experiencias previas en el área desarrollada?

Las enfermeras de AP hemos llegado a la conclusión de que el tándem paciente cuidadora es indivisible desde el punto de vista de la atención domiciliaria. El conocer a la cuidadora a fondo, conocer su situación personal y familiar y prestarles los apoyos adecuados es una garantía para los cuidados que les diferimos. El estudio se realizó sobre una muestra de 40 cuidadoras en la Zona Básica de Salud Amate, perteneciente al Distrito Sanitario Sevilla y se midieron ciertos aspectos que nos ayudasen a conocerlas mejor y poder comparar los datos con la literatura publicada. La zona corresponde a una serie de barrios agrupados con población de clase media baja, con nivel cultural medio y con una media de edad por encima de la ciudad de Sevilla. Un 18 % son mayores de 65 años y casi un 9 % mayores de 75. Impera el modelo familista de acoger a los mayores al cuidado de la cuidadora principal.

Hay experiencias en la literatura de explorar estos perfiles y estas situaciones y no se han encontrado diferencias significativas en cuanto al perfil detectado en nuestra zona (Encuesta Libro Blanco de la Dependencia) ni tampoco en cuanto a la situación personal de las personas cuidadoras (García-Calvente y cols

» Descripción del problema. ¿Sobre qué necesidades o problemáticas del contexto pretendía actuar el proyecto? ¿Cómo se analizaron las causas de esos problemas? ¿Qué tipo de intervención se realizó? ¿Cómo se cuantificó el problema?

Las intervenciones se realizaron en base a pasar un cuestionario heteroadministrado, basado en el Zarit, para obtener datos relacionados al perfil de la cuidadora por un lado y a su situación personal por otra. Las variables que se manejaron fueron: tiempo que dedica al cuidado, motivo por el que cuida, tiempo que dedica a su vida personal, actividades de ocio, percepción de su estado de salud, análisis de los conocimientos en técnicas de cuidados, apoyos familiares y estructuras familiares en las que se hayan inmersas. Para estas dos últimas variables se usaron los cuestionarios de Duke-Unk y Apgar Familiar

» Soluciones aportadas / Viabilidad / Aplicabilidad. Coste-Beneficio. ¿Cuáles fueron los efectos y cómo se midieron? ¿Hasta qué punto las soluciones aportadas resolvieron el problema?

Con esta metodología obtuvimos el perfil básico de las cuidadoras de nuestra ZBS que coincide bastante con lo descrito en la literatura consultada.

Mujer, 54 años, casada, estudios primarios, sin actividad laboral remunerada e hija del paciente en la mayoría de los casos.

Percepción salud: Con la actividad de cuidar, esta se está deteriorando, así como sus relaciones personales y actividades recreativas en el 75 % de los casos analizados.

Sin embargo expresan un reconocimiento, que les satisface, por parte del paciente y de las personas de su entorno. Esto se complementa con la percepción de adecuados apoyos y estructuras familiares normofuncionales.

Este perfil nos informa de una cuidadora necesitada de mucho apoyo profesional para garantizar la calidad de los cuidados en domicilio, con riesgo de cansancio en su rol, ya que apareció una media de 5.6 años de media dedicada al cuidado.

La solución pasa por realizar acciones de apoyo al cuidador, talleres de formación-información y sobre todo actividades recreativas para distraer un poco su dedicación.

» Barreras detectadas durante el desarrollo.

Para llevar a cabo el estudio descriptivo no se encontraron grandes barreras. Cada enfermera se hizo cargo de una parte de la muestra y realizó la entrevista y los cuestionarios en los domicilios sin mayores problemas. A la hora de empezar a implementar medidas de apoyo a las cuidadoras para aumentar la formación y de esta manera la calidad y seguridad hemos encontrado barreras en la asistencia a talleres y encuentros. La gran dedicación al cuidado no les permite ni siquiera acudir dos horas semanales a las actividades programadas (áreas de respiro). Este problema parece que está en vías de solución gracias a convenios y acuerdos puntuales que estamos realizando con AA de Vecinos y La Pastoral de salud de la parroquia, de forma que algunos voluntarios se están ofreciendo a quedarse con los pacientes un tiempo establecido para que la cuidadora pueda acudir a estos talleres.

Por otra parte existe una cultura basada en que la cuidadora entiende que el mejor cuidado se lo administra ella y es difícil hacerles delegar estas tareas en otros agentes familiares o no familiares.

» Oportunidad de participación del paciente y familia.

Un aspecto importante del estudio fue analizar y explorar los apoyos familiares y la normofuncionalidad de la estructura familiar. Para ello se pasó a las cuidadoras los test de Duke-Unk y Apgar familiar con el siguiente resultado:

Teniendo en cuenta que por encima de 32 puntos en el Duke consideramos como buenos los apoyos familiares, 22 cuidadoras, 55 %, no han llegado a esta puntuación, 18 en cambio si han llegado a esta puntuación, el 45 %.

Cuantitativamente, destacar que 13 de los casos que superan los 32 puntos, están por encima de los 40 (32.5 % del total de los casos), frente a los 6 (15 % del total) no superan los 20 puntos. La media de la muestra es de 31. Los Percentiles son: P25= 26, P50=30, P75= 40.

Percepción de la Función familiar: Mediante el uso del cuestionario Apgar Familiar, recogemos los valores correspondientes para poder valorar la percepción de la persona sobre la función familiar.

Los cortes que arrojan estos resultados son:

31 personas cuidadoras se encuentran en una estructura familiar normofuncional.

7 personas cuidadoras se encuentran en una estructura familiar con disfuncionalidad leve.

2 personas cuidadoras se encuentran en una estructura familiar con disfuncionalidad grave.

La media de la muestra es de 7.3, lo que la hace situarse en el rango de Normofuncionalidad. Los valores extremos han sido de 2 y 10 por arriba y abajo respectivamente.

» Propuestas de líneas de investigación.

De este estudio e intervención posterior se puede inferir una serie de estudios relacionados con:

Calidad de vida de la cuidadora

Grado de conocimiento de las técnicas de cuidados para mejorar la calidad y seguridad antes de la intervención educativa (talleres)

Grado de conocimiento y adiestramiento tras la intervención educativa

Impacto en su calidad de vida al acudir a talleres y actividades recreativas que se programen

Impacto en la calidad y seguridad de los cuidados administrados al aumentar la formación, la información y promover respiros programados para las cuidadoras.