

# CUIDAR A LOS QUE CUIDAN: DERECHO DEL CUIDADOR

AUTORES: LOPEZ ROSA, A; VALERO VALERO, A; CUEVAS VILCHES, AC

PLAN de MEJORA de

## INTRODUCCION

Desde mayo de 2002 se ponen en marcha distintas líneas de trabajo, encaminadas a mejorar los cuidados dirigidos a la población andaluza como desarrollo del Decreto 137/2002 de 30 de Abril de Apoyo a las familias Andaluzas, entre otras medidas se comienza la implantación del Plan de Mejora de la Atención a Cuidadoras de Grandes Discapacitados en Atención Especializada. Hay quien dedica todo su tiempo y esfuerzo a cuidar a personas enfermas o con gran discapacidad, a demás de ocuparse de sus familias y trabajos "CADA DÍA, TODOS LOS DIAS". A menudo, ellas mismas pueden ser personas frágiles o enfermas que necesitan ayuda y cuidados. Porque muchas veces se olvidan de su propia salud y sufren problemas relacionados con su tarea de cuidar. Entre todos, profesionales y usuarios podemos facilitarles su tarea: TARJETA+CUIDADO Y PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

## OBJETIVOS:

- PRINCIPAL: Realizar protocolo de captación de cuidadoras de grandes dependientes en la UGSNA-
- ESPECÍFICOS: - Realizar valoración focalizada (V. Henderson) y plan de cuidados a las cuidadoras identificadas (NIC, NOC).
- Facilitar las tareas de las cuidadoras: TARJETA+CUIDADO Y PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORAS EN ATENCIÓN ESPECIALIZADA.

## MATERIAL Y MÉTODOS:

### PLAN DE IDENTIFICACION DE CUIDADORAS EN EL AGSNA:

Se considerará PERSONA CUIDADORA EN HOSPITALIZACIÓN (PCH) a aquella que desde el ingreso del paciente en cualquier unidad o servicio del AGSNA, que cumple los criterios de inclusión definidos en el protocolo de identificación de Cuidadoras, asumiendo una serie de responsabilidades y siendo beneficiaria de unas prestaciones que a lo largo del ingreso le serán dadas.  
QUIENES SON: Predominantemente son mujeres que dedican su tiempo y esfuerzo a cuidar a personas con problemas de salud en situación de encamamiento constante o prolongado, pasando más de 12 horas al día junto a ellas, excluyendo la noche, y asumiendo un alto nivel de responsabilidad de forma permanente.  
QUÉ NECESITAN: Dedicar tiempo a actividades propias sin sentimiento de culpa, experimentar sentimientos negativos, buscar soluciones que se ajusten a sus necesidades, ser tratadas con respeto por aquellos a quienes solicitan ayuda, ser reconocidos como miembros valiosos, aprender a disponer del tiempo necesario para aprenderlo, saber decir "no" ante demandas excesivas o poco realistas.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

Los criterios se clasifican en imprescindibles y deseables, siendo precisa para la inclusión como PCH cumplir dos imprescindibles y, al menos, uno deseable.

#### REFERIDOS AL PACIENTE:

- Encamamiento en unidades de hospitalización con estancias superiores a 10 días en áreas médicas y 5 días en áreas quirúrgicas (IMPRESINDIBLE)
- Autocuidado-Movilidad. Pacientes con Barthel < 60 (DESEABLE)
- Deterioro cognitivo. Pacientes con Pfeiffer5 (DESEABLE)

#### REFERIDOS A LA CUIDADORA

- Pasar con el paciente más de 12 horas en el hospital, excluyendo la noche (IMPRESINDIBLE)
- Asumir la responsabilidad de la atención de forma permanente (IMPRESINDIBLE)
- Presentar alto nivel de sobrecarga (DESEABLE)
- Edad entre 20-80 años (DESEABLE)
- Domicilio a más de 50 Km del centro sanitario (DESEABLE)
- Capacidad parpara recibir información en cuidados y realizarlos posteriormente en su domicilio.

**QUEDARÁN INCLUIDAS DIRECTAMENTE TODAS LAS CUIDADORAS IDENTIFICADAS COMO CUIDADORAS DE GRANDES DISCAPACITADOS.**

### PROTOCOLO DE IDENTIFICACIÓN DE CUIDADORAS AGSNA:

1. ACOGIDA INFORMACIÓN: Orientar a la persona cuidadora integrándola en el hospital a través del plan de acogida. Asegurar un trato caracterizado por la empatía y la comprensión.
  - Proporcionar el teléfono de la unidad para pedir información, previa identificación.
2. FAVORECER EL DESCANSO DE LA PCH: Situar a los Enfermos con PCH en las habitaciones más cercanas al control de enfermería para favorecer la vigilancia por el personal sanitario. Proporcionar soporte en planta de hospitalización: proporcionar confortabilidad para el descanso nocturno (silón adecuado, mantas, almohada...), proporcionar material necesario para el aseo particular. Fomentar los descansos de la persona cuidadora, facilitando que se ausente del hospital.
  - Acceso a áreas de descanso para PCH con tarjeta identificativa
3. PROPORCIONAR DIETA A LA PCH: Facilitar el almuerzo a las posibles cuidadoras en la fase de detección y captación. Emisión de informe para autorización de dietas para la enfermera referente con la autorización de la supervisora. Facilitar el desayuno, almuerzo, merienda y cena a las personas cuidadoras identificadas que permanezcan en la unidad las 24 horas.
4. COORDINAR CITAS Y PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Agilizar procesos y procedimientos en coordinación con el Servicio de Gestión del Usuario del hospital. Disminuir tiempos de espera el día de la cita.
5. ESTABLECER CIRCUITOS PREFERENTES PARA EL TRASLADO DE ESTOS PACIENTES: Agilizar traslados en coordinación con el Servicio de Ambulancias del hospital.
6. FOMENTO DE LA EDUCACIÓN SANITARIA: Hacer partícipe a la persona cuidadora de los cuidados que se proporcionan al enfermo. Identificar los problemas de autonomía en los que será necesaria la colaboración de la cuidadora. Valorar los conocimientos de la cuidadora.
  - Proporcionar información de las actividades de la vida diaria (A.V.D.) a través de folletos, guías, documentos, etc.
7. CUIDADOS Y DERIVACIÓN DE LA PCH A OTROS PROFESIONALES: Proporcionar cuidados de enfermería puntuales a aquellas personas cuidadoras que por su situación de salud lo precisen; ej: medición de parámetros de salud como control de glucemas, TA... Gestionar la derivación de la persona cuidadora que lo precise a otros miembros del grupo multidisciplinar (enfermera gestora de casos, gestora del usuario, médicos, trabajadores sociales...) a través de la emisión del informe de derivación. En procesos agudos derivación al servicio de urgencias con la prioridad que el servicio pueda proporcionar.
8. RESPONSABILIDADES DE LA PERSONA CUIDADORA EN HOSPITALIZACIÓN: Cumplir las normas establecidas en el centro sanitario y desempeñar sus funciones desde la filosofía del respeto y la tolerancia. Participar activamente aportando toda la información y experiencia en cuidados que le sean solicitados. Asumir el rol de persona cuidadora. Garantizar el uso adecuado de los recursos y prestaciones ofrecidas por el Servicio Andaluz de Salud.

## ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

**Índice de Esfuerzo del Cuidador:** Andése un punto si la respuesta es "sí" y cero puntos si la respuesta es "no".

Tiene trastornos del sueño (por ejemplo, porque se acuesta o levanta por la noche)	SINO
El cuidado de su paciente es poco práctico (por ejemplo, porque la ayuda le consume mucho tiempo y tarda en proporcionarse)	SINO
Esta situación le representa un esfuerzo físico (por ejemplo, porque hay que serrarlo o levantarlo de la silla)	SINO
Le supone una restricción a su vida anterior (por ejemplo, porque ayudar limita el tiempo libre y no puede hacer visitas)	SINO
Ha habido cambios en su familia (por ejemplo, porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)	SINO
Ha habido cambios en los planes personales (por ejemplo, se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones)	SINO
Ha habido otras exigencias de tiempo (por ejemplo, por parte de otros miembros de la familia, tiene otras cargas familiares además del enfermo)	SINO
Ha habido cambios emocionales (por culpa de discusiones)	SINO
Algunos comportamientos del paciente le resultan molestos (la incontinencia, le cuesta recordar las cosas, acucia a los demás de maneras las cosas)	SINO
Le duele darse cuenta de lo mucho que ha cambiado comparado a como era antes	SINO
Ha habido modificaciones en su trabajo (a causa de reservarse tiempo para la ayuda)	SINO
El enfermo es una carga económica, la situación le desmorona	SINO
	<b>Puntuación</b>

Una puntuación total de 6 o más puntos señala un elevado nivel de tensión.

## ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT:

**ANEXO 1. Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versión original (todas las ítems) y abreviada (entre un 50%)**

Puntuación para cada ítem	
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5
6	6
7	7
8	8
9	9
10	10
11	11
12	12
13	13
14	14
15	15
16	16
17	17
18	18
19	19
20	20
21	21
22	22
23	23
24	24
25	25
26	26
27	27
28	28
29	29
30	30
31	31
32	32
33	33
34	34
35	35
36	36
37	37
38	38
39	39
40	40
41	41
42	42
43	43
44	44
45	45
46	46
47	47
48	48
49	49
50	50
51	51
52	52
53	53
54	54
55	55
56	56
57	57
58	58
59	59
60	60
61	61
62	62
63	63
64	64
65	65
66	66
67	67
68	68
69	69
70	70
71	71
72	72
73	73
74	74
75	75
76	76
77	77
78	78
79	79
80	80
81	81
82	82
83	83
84	84
85	85
86	86
87	87
88	88
89	89
90	90
91	91
92	92
93	93
94	94
95	95
96	96
97	97
98	98
99	99
100	100

## -DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA (NANDA):

CONOCIMIENTOS DEFICIENTES (00126)

## RESULTADOS (NOC):

Conocimiento proceso de la enfermedad (1803)  
Conocimiento régimen terapéutico (1813)  
Preparación del cuidador domiciliario (2202)

## INTERVENCIONES (NIC)

Enseñanza proceso de enfermedad (5602)  
Enseñanza individual (5606)  
Enseñanza procedimiento/tratamiento (5618)  
Enseñanza dieta prescrita (5614)  
Enseñanza medicamentos prescritos (5616)  
Enseñanza actividad/ejercicio prescrito (5612)  
Apoyo al cuidador principal (7040)  
Modificación de la conducta (4360)  
Planificación del alta (7370)

## CANSANCIO EN EL DESEMPEÑO DEL ROL DE CUIDADOR (00061)

Bienestar del cuidador principal (2508)  
Descanso (0003)  
Sueño (0004)  
Ejecución del rol (adultos/pediatría) (1501/2211)  
Preparación del cuidador domiciliario (2202)

## -RIESGO DE CANSANCIO DEL ROL DEL CUIDADOR (00062)

Apoyo al cuidador principal (7040)  
Mejorar el sueño (1850)  
Ayuda al autocuidado (1800)  
Facilitar el aprendizaje (5520)  
Potenciación de la autoestima (5400)  
Derivación (8100)  
Asesoramiento (5240)  
Planificación del alta (7370)

## RESULTADOS:

Implantación del protocolo de identificación de cuidadoras en las Unidades de Gestión Clínica, para ofrecerles apoyo y ayuda garantizando una asistencia de calidad. Estas medidas se pueden utilizar como EJEMPLO para otros hospitales.

## CONCLUSIONES:

Según datos procedentes de la Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDES) del Instituto Nacional de Estadística, tomando como referencia el año 2002 se estima que los costes de los cuidados informales oscilan entre los 9,087,4 y los 14,100,3 millones de euros. Por tanto, los costes estimados de los cuidados informales representarían una cifra equivalente a entre el 23,9% y el 37,1% del gasto sanitario del Sistema Nacional de Salud español del año 2002 y entre el 1,25% y el 1,93% del Producto Interior Bruto del mismo año. desde el sector sanitario, existe la expectativa de que el SAAD puede contribuir a reducir las estancias hospitalarias innecesarias, motivadas por la actual falta de recursos sociales adecuados.

Debido a la inexistencia de protocolos de identificación de las cuidadoras en la UGSNA y conociendo su relevante interés en otras unidades de gestión ya establecidos( garantizando uso de recursos, mejora asistencial de grandes dependientes...) hemos decidido la implantación y el seguimiento del protocolo de identificación de cuidadoras, el cual supone para la enfermería:

La percepción del trabajo bien hecho

El reconocimiento propio y la satisfacción que ello produce

La aportación al bien intrínseco de la disciplina que es lo que permite que la sociedad nos reconozca como profesión, con aportaciones únicas e imprescindibles.

## BIBLIOGRAFIA:

- El 93% de los cuidadores informales de las personas dependientes tienen una baja calidad de vida. Fundación INTRAS. 17/06/08.
- Plan de Atención Cuidadoras Familiares en Andalucía. Sevilla, marzo 2005.
- Plan funcional Personas Cuidadoras en Hospitalización Hospital U. Virgen de las Nieves. Granada 2007.
- [http://www.juntadeandalucia.es/serviciandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr\\_cuidadoras](http://www.juntadeandalucia.es/serviciandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_cuidadoras)