



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

Proceso de atención de enfermería al
paciente hemipléjico en su domicilio.
Cuidados y educación sanitaria de la
cuidadora informal

Autora

Yolanda Gazol Périz

Director

Juan Francisco León Puy

Facultad de Ciencias de la Salud
2012

RESUMEN

Las enfermedades cerebrovasculares son la principal causa de morbilidad en el mundo, y la primera de discapacidad grave en mayores de 65 años en España.

La familia es quien asume, en la mayoría de los casos, el cuidado de estas personas, es aquí donde aparece la figura del cuidador informal, que es el encargado de ayudar en las necesidades básicas del paciente durante la mayor parte del día sin recibir retribución económica.

Se describe un proceso de enfermería a un paciente con hemiplejia y complicaciones propias de esta patología, con dependencia grave y que recibe los cuidados profesionales e informales en su domicilio.

Se desarrolla un plan integral de cuidados individualizados al paciente con especial atención al cuidador; identificando precozmente los signos de cansancio o sobrecarga y realizando educación sanitaria.

El proceso incluye los problemas de colaboración, diagnósticos de autonomía y diagnósticos de enfermería, así como los criterios de resultados e intervenciones enfermeras.

ABSTRACT

Cerebrovascular diseases are the main cause of mortality in the world, and of severe illnesses suffered by people aged 65 and over in Spain.

In the majority of cases, it is the family that assumes the responsibility for the care of these persons, and this is where the role of the informal caregiver is most apparent, as they take charge, usually on an unpaid basis, of the patient's basic daily needs.

This nursing process details the care provided by both, health care professionals and informal caregivers, to a patient, in their own house, suffering from hemiplegia and its attendant side-effects.

An individual nursing care plan has been developed for the patient and the caregiver, identifying the early signs of tiredness and burn out, as well as providing appropriate health care education.

This nursing care plan includes problems of collaboration, autonomy diagnoses, nursing diagnoses and nursing outcomes criteria related to nursing interventions.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades cerebrovasculares agudas o ictus son consecuencia de una alteración de la circulación cerebral, que ocasiona un déficit transitorio o definitivo del funcionamiento de una o varias áreas del encéfalo. Según la naturaleza de la lesión encefálica se distinguen dos tipos de ictus: isquémico (85% de los casos) y hemorrágico (15%). El primero es debido a la falta de aporte sanguíneo a una determinada zona encefálica por trombosis, embolia, bajo gasto cardiaco, anemia, trombocitemia o policitemia; y el segundo, denominado también hemorragia intracraneal, a la extravasación de sangre fuera del torrente vascular. (3)

Dependiendo de su evolución se pueden diferenciar dos tipos de ictus isquémicos: Ataque isquémico transitorio (AIT) que se define como episodios breves de disfunción neurológica focal de menos de 24 horas de duración, son reversibles y no presentan déficit neurológico. Y el infarto cerebral cuyas manifestaciones clínicas iniciales empeoran, bien por acentuación de las mismas o por la aparición de nuevos signos y síntomas, implicando un peor pronóstico. (3)

Los pacientes que han sufrido un ictus pueden presentar una gran variedad de secuelas o complicaciones, las más frecuentes son: déficits motores totales o parciales, alteraciones sensitivas y de lenguaje, disfagia, espasticidad, contracturas, incontinencia urinaria y fecal, estreñimiento, disfunción sexual, úlceras por presión, infecciones pulmonares, demencia, alteración de la memoria, depresión, ansiedad y labilidad emocional. (3)

Según la Organización Mundial de la Salud, las enfermedades cerebrovasculares son la principal causa de morbilidad en el mundo, afectan a 15 millones de personas al año de las cuales un tercio fallece y otro tercio queda discapacitado de manera permanente.(3) Los datos del Instituto Nacional de Estadística para el 2006 desvelan que la enfermedad cerebrovascular es la segunda causa de muerte en España: la primera entre las mujeres y la tercera entre los hombres.(3-4-5-6)

El progresivo envejecimiento de la población está incrementando el número de ictus a pesar de constatarse una reducción de la mortalidad; la tasa de incidencia en España oscila en torno a 132-174 casos de ictus

anuales por 100.000 habitantes, en personas mayores de 85 años esta tasa puede llegar incluso a los 3000 casos por cada 100.000 habitantes.

Actualmente su tasa de supervivencia no está asociada a una recuperación total, de hecho es la primera causa de discapacidad grave en mayores de 65 años, lo que representa un importante problema personal, familiar y social, estimándose además como responsable del 4% de todos los gastos de sanidad. (3-4-5-6)

El carácter crónico de esta patología y sus complicaciones, unido al grado de discapacidad y dependencia que generan, hacen que la mayor parte de estos pacientes prefieran ser cuidados en su domicilio, siendo la familia quien asume, en la mayoría de los casos (85%) (7), el cuidado de estas personas.

Pero la tarea de cuidar no se reparte de forma equitativa entre todos los miembros de la familia, sino que suele recaer en la figura del cuidador principal o informal, definido como aquella persona del hogar familiar encargada de ayudar en las necesidades básicas e instrumentales de la vida diaria del paciente durante la mayor parte del día, sin recibir retribución económica a cambio. (8) Culturalmente, en nuestro medio, esta responsabilidad ha recaído en las mujeres: esposa, hija, madre, etc. (9)

En muchos casos, el cuidador está sometido a un gran estrés físico y emocional, relacionado con la cronicidad de la enfermedad, la atención a las necesidades físicas del paciente, la vigilancia casi constante, la falta de ayuda del entorno familiar y de actividades de ocio o periodos de descanso.(7) Esta situación provoca problemas de salud en los cuidadores informales que se manifiestan como: cansancio, fatiga mental, dolores musculares, ansiedad, depresión, soledad, cambios de carácter y aislamiento y sentimientos de impotencia, culpabilidad e incapacidad para el cuidado. (9)

El equipo de atención primaria debe prestar atención no solo a las personas con discapacidad o dependencia, sino también a los cuidadores informales.(7) Es importante que la enfermera diagnostique esta situación en la familia dada la repercusión que esta situación tiene sobre la salud del cuidador principal, sobre la dinámica familiar y sobre la calidad de los cuidados requeridos por la persona dependiente. (10) También es fundamental que desde enfermería se instruya a los cuidadores informales

con el fin de ampliar sus capacidades, habilidades y recursos para cuidar y para cuidarse. (7)

Con el desarrollo de un Proceso de Atención de Enfermería a un paciente crónico-dependiente con pluripatología, en su domicilio, instruyendo al cuidador informal y gestionando los recursos sociales, se logra prestar una atención integral tanto al individuo como a la familia.

OBJETIVOS

-Elaborar un plan de cuidados integral que de respuesta a los problemas de salud reales y potenciales que presenta el paciente encamado con pluripatología que permita un seguimiento de los cuidados enfermeros, unificando criterios entre la atención primaria y especializada, de manera que pueda ser utilizado como modelo de cuidados domiciliarios a pacientes crónico-dependientes.

-Desarrollar, en dicho Plan de Cuidados, todas las funciones propias de la profesión enfermera: independientes (asistencial, docente, administradora e investigadora), dependientes e interdependientes, como parte de un equipo y en un ámbito exigente como la atención domiciliaria.

-Demostrar que con apoyo asistencial periódico tanto al paciente como al cuidador, una educación sanitaria adecuada y la utilización de los recursos sociales existentes en la zona, el cuidador principal asume y desarrolla mejor su rol, lo que ayuda a prevenir los problemas de salud relacionados con la sobrecarga del cuidador.

METODOLOGÍA

Presentación del caso

Se expone el proceso de atención de enfermería a un paciente varón de 82 años (al que llamaremos José) con antecedentes de obesidad e HTA, que tras sufrir un ICTUS presenta hemiplejía derecha, afasia, incontinencia fecal y urinaria, disfagia funcional que ha precisado la colocación de una sonda de gastrostomía y úlceras por presión de estadio III en talón izquierdo y II en sacro.

Tras el alta hospitalaria regresa a su domicilio (en un pueblo de 400 habitantes) donde convive con su mujer, su hijo, su nuera y una nieta de corta edad. La nuera, que no tiene ningún conocimiento sobre los cuidados que precisa el paciente, va a ser la encargada de atenderlo.

Las fases del proceso enfermero se realizan durante el año comprendido entre el alta y la primera revisión en geriatría con motivo del cambio de la sonda de gastrostomía. Los cuidados detallados en el plan están destinados al paciente y a su cuidadora principal, haciendo especial hincapié en la educación sanitaria, y se desarrollarán en las visitas domiciliarias que, periódicamente, se realizarán al paciente.

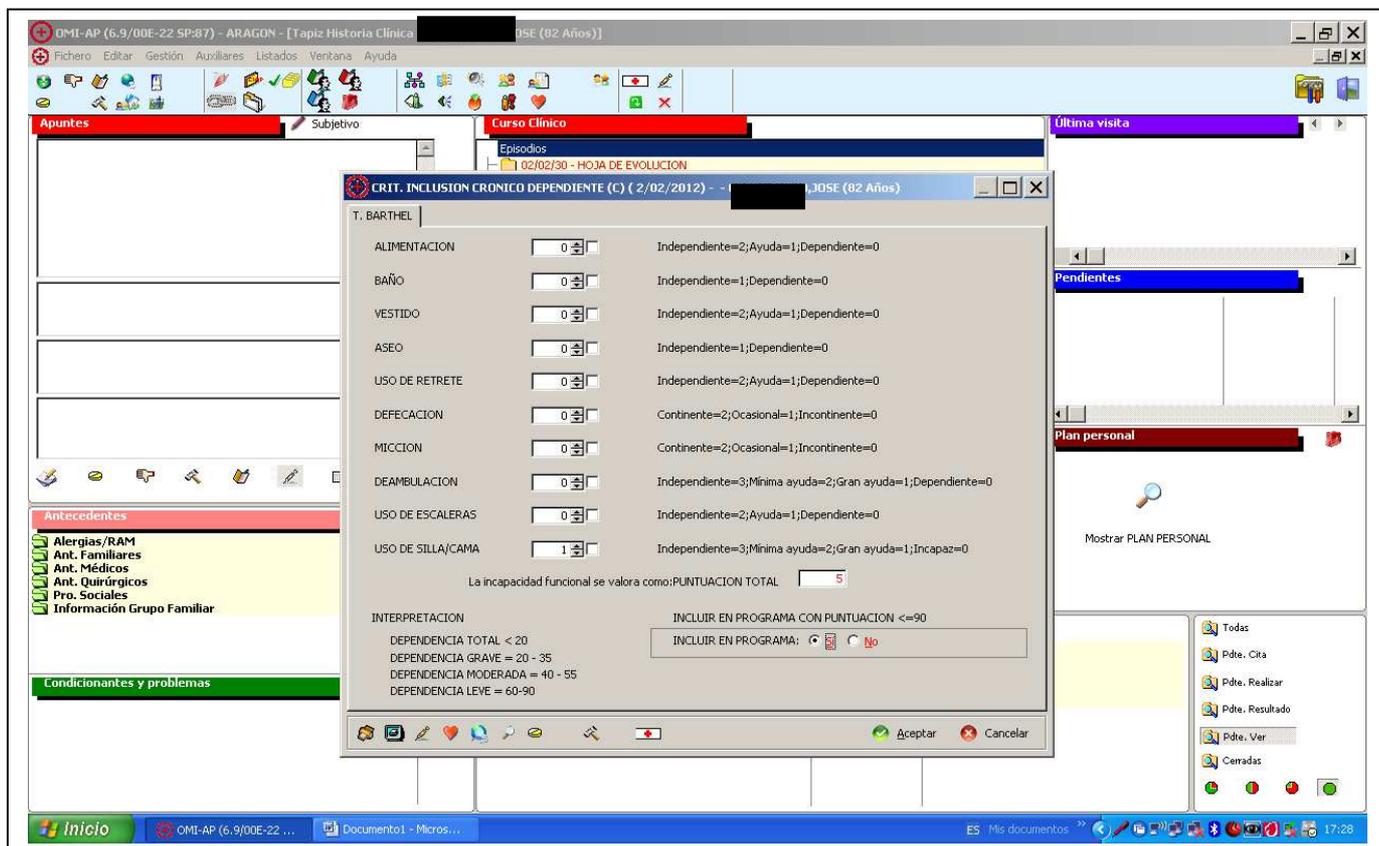
Método

Para la valoración del paciente se ha utilizado el modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson. En base a los datos recogidos, se identificaron los problemas de colaboración, diagnósticos de autonomía y diagnósticos de enfermería siguiendo la taxonomía NANDA (North American Nursing Diagnosis Association); para cada diagnóstico enfermero se proponen resultados e intervenciones enfermeras siguiendo las taxonomías NIC (Nursing Interventions Classification) y NOC (Nursing Outcomes Classification).

El proceso de enfermería se desarrolla en las visitas domiciliarias al paciente, la frecuencia de las mismas irá variando según evolucionen sus problemas de salud. Asimismo el plan de cuidados, sometido a una evaluación continua, se irá modificando según se alcancen los objetivos o vayan surgiendo nuevos problemas de salud.

En la valoración inicial se aplican una serie de test:

-El resultado obtenido en el test de Barthel, 5 puntos, indica que se trata de un anciano con dependencia total para las actividades de la vida diaria, por lo que se incluye en el Programa de Crónico-dependientes de la Cartera de Servicios de Atención Primaria, lo que facilitará el seguimiento del proceso a través del OMI.



OMI-CRITERIOS DE INCLUSIÓN P. CRÓNICO-DEPENDIENTES **(T. BARTHEL)**

-Se intenta realizar el test de Pfeiffer de valoración del estado cognitivo, pero no es posible dada la afasia del paciente.

-Se valora el riesgo de úlceras por presión (UPP), con el test de Norton que revela un riesgo alto.

-A la cuidadora principal se le pasa periódicamente la escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit, para valorar, el grado de cansancio en el desempeño del rol de cuidadora.

En cada visita de enfermería, además de realizar los cuidados directos al paciente y la educación sanitaria, se valorarán parámetros personales, familiares y sociales, según el programa de crónico-dependientes y aplicativos a OMI.

OMI-AP (6.9/00E-22 SP:87) - ARAGON - [Actividades Pendientes - JOSE COSTA PUEYO (Edad: 82 Años)]

Fichero Editar Gestión Auxiliares Listados Ventana Ayuda

Actividades Pendientes - JOSE COSTA PUEYO (Edad: 82 Años)

Ultimos Valores

Actividades realizadas por: Médicos Enfermeras Todos

PC-DEPEND. SEGUIMIENTO (2/02/2012) - JOSE (82 Años)

ANAMNESIS EXPLORACIÓN TTOS. ACCESORIOS CONSEJOS ASISTENTE/COMENT.

ESTADO GENERAL

El nivel de CONCIENCIA es Normal

El estado de NUTRICIÓN es Normal

La limpieza de las VÍAS AÉREAS es Adecuada

La HIDRATACIÓN de piel y mucosas es Anormal

La HIGIENE de piel y mucosas es Adecuada

ESCALA DE NORTON (úlceras) (*) Pulsar en cada variable para acceder a su información detallada

Estado físico (*) 2 Bueno=4, Mediano=3, Regular=2, Malo=1

Estado mental (*) 4 Alerta=4, Apático=3, Confuso=2, Comatoso=1

Actividad (*) 1 Ambulante=4, Camina con ayuda=3, Sentado=2, Encamado=1

Movilidad (*) 3 Total=4, Disminuida=3, Muy limitada=2, Inmóvil=1

Incontinencia (*) 1 Ninguna=4, Ocasional=3, Urinaria o fecal=2, Urinaria y fecal=1

Riesgo ÚLCERAS POR PRESIÓN 11 (Muy alto 5-9, Alto 10-12, Medio 13-14, Mínimo >14)

PROBLEMAS EN LA BOCA Sí No

EXPLORACIÓN

Auscult. cardiaca Normal Auscult. pulmonar

Valor INR 0,0 Glucemia capilar 0

Aceptar Cancelar

(# DGP con más de un valor en esta vaita) Ayuda teclas Alt Imprimir Plan Personal Fecha y hora de realización 2/02/2012 10:10

OMI – SEGUIMIENTO DEL PACIENTE CRÓNICO-DEPENDIENTE

OMI-AP (6.9/00E-22 SP:87) - ARAGON - [Actividades Pendientes - JOSE COSTA PUEYO (Edad: 82 Años)]

Fichero Editar Gestión Auxiliares Listados Ventana Ayuda

Actividades Pendientes - JOSE COSTA PUEYO (Edad: 82 Años)

Ultimos Valores

Actividades realizadas por: Médicos Enfermeras Todos

PC-DEPEND. VALORACIÓN CUIDADOR (2/05/2012) - JOSE (82 Años)

VALORACION CUIDADOR ASISTENTE/COMENT. SALUD - Cartera de Servicios

CUIDADOR

Cuidador principal Hijos (Hijos - 2/02/2012)

Estado del cuidador Signos de cans. (Adecuado - 2/02/2012)

¿Presenta síntomas de cansancio? Sí No (N - 2/02/2012)

CUESTIONARIO DE ZARIT

Para realizar el cuestionario de Zarit es preciso imprimir la hoja del test adjunta al protocolo e introducir posteriormente el resultado en el campo de datos correspondiente.

Resultado del cuest. de ZARIT 55 (7 - 2/02/2012)

Grado de sobrecarga del cuidador Sobrec. leve

INTERVENCIÓN SOBRE EL CUIDADOR

Escucha activa de sentimientos

Información sobre la enfermedad (1 - 2/02/2012)

Consejos sobre espacios de respiro (1 - 2/02/2012)

Gestión apoyo familiar (1 - 2/02/2012)

Derivación trabajador social (1 - 2/02/2012)

Aceptar Cancelar

(# DGP con más de un valor en esta vaita) Ayuda teclas Alt Imprimir Plan Personal Fecha y hora de realización 2/05/2012 10:10

OMI – P. CRÓNICO-DEPENDIENTE. VALORACIÓN CUIDADOR (T.ZARIT)

DESARROLLO

Valoración a la llegada al domicilio (2-febrero)

Visito a José al día siguiente del alta hospitalaria, está consciente y orientado, me reconoce. Lo encuentro acostado, la habitación es espaciosa y bien iluminada. La cama es articulada y ya tiene colocado el colchón antiescaras. La disposición y la actitud de la familia son adecuadas.

Constantes vitales: TA.- 140/80; FC.- 82 lat/min. Peso.- 85 Kg. (Alta). Talla.- 165 cm. (Dato anterior al ingreso). IMC.- 31,2 – Obesidad.

Valoración según las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson:

- 1.- **Respirar.**
- 2.- **Comer y beber.**- Porta sonda de gastrostomía (PEG) permeable. Fecha de inserción el 29-enero. Nutrición enteral 1500 ml/24h. + 1000 ml de agua. Estoma y piel periestomal normal. Mucosa oral seca y descuidada.
- 3.- **Eliminar.**- Incontinencia fecal y urinaria. Portador de absorbentes.
- 4.- **Moverse y mantener buena postura.**- Hemiplejia izquierda. Se levanta al sillón mañana y tarde.
- 5.- **Dormir y descansar.**- Duerme 7-8 horas por la noche.
- 6.- **Vestirse y desvestirse.**- Dependencia total para las AVD. Barthel 5.
- 7.- **Mantener la temperatura corporal.**
- 8.- **Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.**- Normohidratado. Presenta úlceras por presión (UPP) en talón izquierdo y sacro. UPP de talón izquierdo de grado III, muy exudativa, con abundantes esfacelos y bordes macerados. UPP de sacro de grado II abundante tejido de granulación. Talón derecho enrojecido.
- 9.- **Evitar los peligros.**- Vacunado de tétanos y gripe. Norton:11.
- 10.- **Comunicarse.**- Afasia.
- 11.- **Mantener sus creencias.**
- 12.- **Realización.**
- 13.- **Actividades recreativas.**- Ve la televisión y participa en la vida familiar.
- 14.- **Aprender.**

-El hijo y la nuera muestran buena disposición para el cuidado del paciente, pero tienen miedo de no saberlo hacer y les preocupa que su padre se aísle o deprima.

Con los problemas de salud detectados se elaboran los siguientes problemas de colaboración (Tabla I), diagnósticos de autonomía (Tabla II) y diagnósticos de enfermería (Tabla III).

(TABLA I) PROBLEMAS DE COLABORACIÓN

PROBLEMAS DE COLABORACIÓN	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ACTIVIDADES
<p>*Incontinencia fecal S/A disfunción neurológica.</p> <p>*Incontinencia urinaria S/A disfunción neurológica.</p>	<p>-Mantener una higiene perineal adecuada.</p> <p>-No se presentarán signos de deterioro de la integridad cutánea en perineo y zona sacra.</p>	<p>-00410 Cuidados de la incontinencia intestinal.</p> <p>-01750 Cuidados perineales.</p> <p>-03590 Vigilancia de la piel.</p>	<p>-Lavar la zona perianal después de cada deposición.</p> <p>-Mantener el perineo limpio y seco.</p> <p>-Uso de absorbentes.</p> <p>-Vigilar a diario el estado de la piel.</p> <p>-Controlar la dieta y las necesidades de líquidos.</p> <p>-Instaurar medidas para evitar el deterioro cutáneo (colchón antiescaras).</p>
<p>*HTA</p>	<p>-Mantener controladas las cifras de TA.</p>	<p>-06680 Vigilancia de las constantes vitales.</p> <p>-05616 Enseñanza de la medicación prescrita.</p>	<p>-Controlar periódicamente las constantes vitales: Tensión arterial y FC.</p> <p>-Instruir a la cuidadora acerca de la dosis y efectos de cada medicamento y de su administración.</p>

PROBLEMAS COL.	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
*Úlceras por presión S/A inmovilidad.	- Curación de las úlceras.	-03520 Cuidado de las úlceras por presión.	-Curas de las úlceras según protocolo (Ver Anexo 1). -Controlar el estado nutricional del paciente, verificando un aporte calórico y proteico adecuado. -Enseñar a la cuidadora los procedimientos del cuidado de las úlceras.

(TABLA II) DIAGNÓSTICO DE AUTONOMÍA

DIAGNÓSTICOS DE AUTONOMÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	ACTIVIDADES
*Higiene y cuidado de la piel y mucosas (Suplencia total)	-La cuidadora mantendrá, en todo momento, la piel y mucosas del paciente limpias y cuidadas.	-Ayuda para la higiene y cuidado de la piel y mucosas.	- Comprobar el nivel de conocimientos de la cuidadora respecto a los cuidados de higiene, vestido y movilización.
*Vestido y arreglo personal (Suplencia total)	-La cuidadora procurará el uso adecuado de las prendas de vestir.	-Ayuda para vestirse y acicalarse.	- Enseñar a la cuidadora a realizar el baño en la cama, los cambios posturales y como ayudar en la movilización del paciente.
*Movilización y mantenimiento de una buena postural (Suplencia parcial)	-La cuidadora ayudará al paciente en la movilización y a mantener una postura adecuada.	-Ayuda para moverse y adoptar posturas adecuadas.	- Determinar conjuntamente los recursos necesarios y como obtenerlos.

(TABLA III) DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA

DIÁGNOSTICO DE ENFERMERÍA	<u>OBJETIVOS</u>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ACTIVIDADES
*00028 Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C falta de conocimientos sobre la cantidad de líquido requerida.	-El paciente mantendrá una hidratación adecuada. -La cuidadora conocerá los signos y síntomas indicadores de déficit de líquidos.	-00062 Hidratación -- 060215 Ingesta de líquidos.	-4120 Manejo de líquidos	-Administrar frecuentemente líquidos por la sonda entre las comidas. (Según protocolo, ver Anexo II). -Vigilar el estado de hidratación. -Enseñar a la cuidadora los signos y síntomas de deshidratación.
*00004 Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo: sonda de gastrostomía.	-El paciente se mantendrá libre de infección. -La cuidadora explicará los signos y síntomas de la infección.	-702 Estado inmune. -- 070208 Integridad cutánea.	-6550 Protección contra las infecciones.	-Instruir a la cuidadora acerca de los signos y síntomas de infección. -Enseñar a la cuidadora a prevenir infecciones. -Proporcionar los cuidados adecuados al punto de inserción. (Según protocolo. Ver Anexo II)
*00045 Deterioro de la mucosa oral R/C conocimientos deficientes sobre la higiene oral adecuada.	-El paciente recuperará la integridad de la mucosa oral. -La cuidadora realizará de forma adecuada la higiene oral.	-1100 Higiene bucal. -- 110012 Integridad de la mucosa oral.	-1730 Restablecimiento de la salud bucal.	-Limpiar la boca con una torunda empapada en agua y solución antiséptica al 50%, mínimo dos veces al día. -Enseñar a la cuidadora a realizar los cuidados bucales y establecer una rutina. -Enseñar a identificar los signos de glositis y estomatitis.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	<u>OBJETIVOS</u>	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	ACTIVIDADES
*00051 Deterioro de la comunicación verbal R/C disminución de la circulación cerebral M/P dificultad para formar palabras.	-El paciente se comunicará eficazmente con las personas de su entorno.	-902 Comunicación. --90208 Intercambia mensajes con los demás.	-4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla.	-Permitir que el paciente escuche lenguaje hablado con frecuencia. -Utilizar palabras simples y frases cortas. -Utilizar gestos con las manos o cartones con dibujos. -Animar al paciente a que repita las palabras. -Proporcionar un refuerzo y valoración positivos.
*00062 Riesgo de cansancio del rol de cuidador R/C falta de conocimientos y experiencia.	-La cuidadora llevará a cabo con destreza las técnicas y habilidades necesarias para brindar los cuidados.	-2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario. --22007 Conocimiento de los procedimientos recomendados. --220209 Conocimiento de cuidados en el seguimiento.	-0704 Apoyo al cuidador principal.	-Determinar el nivel de conocimientos de la cuidadora. -Enseñar las técnicas de cuidado. -Proporcionar ayuda sanitaria de seguimiento a la cuidadora. -Observar si hay indicios de estrés. -Enseñar a la cuidadora estrategias de mantenimiento de cuidados sanitarios para sostener la propia salud física y mental. -Informar a la cuidadora sobre los recursos de sanitarios y comunitarios. -Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos de la cuidadora.

Durante las visitas domiciliarias se fue ejecutando este plan de cuidados enfermeros, con revisiones periódicas del mismo.

En la revisión del 9 de abril, la salud bucal del paciente se había recuperado y la cuidadora realizaba de forma adecuada los cuidados orales, conseguidos los objetivos se retira el diagnóstico de enfermería.

Con fecha de 13 de junio, las UPP del paciente ya han epitelizado correctamente, con lo que los objetivos del problema de colaboración: *Úlceras por presión S/A inmovilidad, se han cumplido y la vigilancia de la integridad cutánea pasa a ser un diagnóstico potencial de enfermería.

Con la misma fecha, se vuelve realizar el test de Zarit a la cuidadora que indica una sobrecarga leve (puntuación 56). El problema de salud de Cansancio del cuidador deja de ser potencial y pasa a ser real.

Por ello el Plan de Cuidados enfermeros se modifica añadiendo, a los anteriores diagnósticos enfermeros, los dos siguientes: (Ver tabla IV)

TABLA IV

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA	CRITERIOS DE RESULTADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)
*00047 Riesgo de deterioro de la integridad cutánea R/C inmovilidad, humedad y presión.	-001101 Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	-003540 Prevención de úlceras por presión.
*00061 Cansancio del rol de cuidador R/C excesivo número de actividades y responsabilidad de los cuidados durante 24 horas M/P ansiedad.	-002506 Salud emocional del cuidador principal. -002508 Bienestar del cuidador principal.	-007040 Apoyo al cuidador principal. -005440 Aumentar los sistemas de apoyo.

Para aumentar los sistemas de apoyo a la cuidadora se trabaja conjuntamente con los servicios sociales de la zona. A pesar de las primeras reticencias, esta acepta la Ayuda a domicilio durante 3 horas diarias. Al igual que se hizo con la nuera, se instruye a la cuidadora de apoyo en los cuidados integrales del paciente. A fecha 10 de agosto se habían cumplido los objetivos y la cuidadora principal había recuperado el bienestar emocional, Zarit 37 (no sobrecarga).

Al cabo de un año, José no presenta ningún problema de salud añadido y su nuera posee suficientes conocimientos sobre el cuidado del

paciente y la prevención de complicaciones; las visitas domiciliarias de la enfermera pasan a realizarse una vez al mes para el control de constantes, del correcto funcionamiento e inserción de la sonda de gastrostomía, vigilancia de piel y mucosas y realizar educación sanitaria.

A diferencia de estudios existentes sobre los cuidados prestados a pacientes dependientes en niveles especializados de asistencia sanitaria, donde los cuidados se dirigen a resolver los problemas de salud individuales, el desarrollo de este proceso de enfermería, coincide con otros muchos publicados por profesionales de atención primaria, en que prestar una atención integral al paciente incluye el cuidado a la familia, ya que las características de esta son un factor importante para determinar las necesidades de salud de sus miembros.

Un aspecto destacable en estos trabajos, realizados desde el primer nivel de asistencia, es la importancia de instruir al cuidador con el fin de ampliar sus conocimientos, habilidades y recursos.

CONCLUSIONES

Los profesionales de enfermería de nuestro país tenemos capacidad demostrada para crear nuestros propios planes de cuidados y tomar decisiones, de forma independiente, sobre las intervenciones enfermeras que los/as pacientes precisan en cada momento.

El empleo de forma protocolizada de los procesos enfermeros, permite prestar una atención integral a las personas, unifica criterios, da continuidad a los cuidados y proporciona una comunicación más adecuada entre los profesionales de enfermería de los diferentes niveles asistenciales, mejorando así la calidad de nuestro trabajo.

El desarrollo de estos planes de cuidados lleva implícitas todas las funciones propias de enfermería: independientes, dependientes e interdependientes como parte de un equipo multidisciplinar.

Estas funciones se desarrollan en toda su amplitud en la atención domiciliaria, donde el enfermero/a de familia se erige como pilar fundamental del equipo, ya que es quien tiene un conocimiento directo de la situación del paciente, su familia y su entorno, lo que le permite incluir en sus planes de cuidados la atención al cuidador/a principal.

Desde atención primaria se trabaja en estrecha colaboración con los cuidadores/as informales, lo que permite identificar precozmente los signos de alarma que indican cansancio en el desempeño de su rol. Es evidente que proporcionándoles una educación sanitaria adecuada sobre el proceso del paciente y los cuidados que precisa, instruyéndoles en las habilidades necesarias y prestando apoyo asistencial continuo, asumen y desarrollan mejor su tarea, al mismo tiempo que se previenen los problemas de salud asociados a la sobrecarga. Cuidando al cuidador también se está cuidando al paciente.

ANEXO I

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS UPP (16)

1.- UPP sacro.- Estadio II, 3 x 4 cm. abundante tejido de granulación, exudado seroso y escaso. Estado de la piel perilesional normal.

Cura:

- Lavado con suero fisiológico.
- Aplicar apósito de colágeno en polvo.
- Cubrir con un apósito de poliuretano.
- Revisar cada 4 días.

2.- UPP talón izquierdo.- Estadio III, 3 x 2 cm. tejido esfacelado, abundante exudado seroso. Bordes enrojecidos y edematosos. Herida contaminada.

Cura:

- Lavado con suero fisiológico.
- Cura con hidrofibra de hidrocoloide y plata, dentro de la úlcera, añadiendo un apósito de alginato para mejor control del exudado. Mínimo 15 días.
- Una vez descontaminada la herida, se procede al desbridamiento enzimático de los esfacelos, con colagenasa + hidrogel.
- Protección de la piel perilesional con películas de barrera cutánea no irritantes.
- Cubrir la herida con un apósito de espuma de poliuretano.
- Vendaje de protección de talones.
- Revisar cada 48 horas.

3.- Cuidados del talón izquierdo.

- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados y realizar un vendaje de protección de talones.
- Revisar cada 48 horas.

4.- Cuidados generales.

- Mantener la hidratación de la piel y vigilar a diario su estado.
- Controlar el estado nutricional del paciente.
- Levantar a la silla de ruedas mañana y tarde.
- Si permanece en la cama, realizar cambios posturales cada 2 horas.

ANEXO II

CUIDADOS DE LA SONDA DE GASTROSTOMÍA (PEG) (17)

Alimentación.

- Retirar el tapón de la sonda de gastrostomía.
- Conectar la jeringuilla a la sonda y administrar los 300 ml del preparado lentamente, aproximadamente en 20 minutos.
- Antes y después de administrar el preparado instilar 50 ml de agua. Cerrar el tapón.
- Dar agua al paciente entre tomas por la sonda: 100ml cada vez hasta un total de 1500 ml/día.

Cuidados de la piel periestomal.

- Limpiar el estoma con una gasa estéril y suero fisiológico. Secar bien.
- Colocar una gasa entre la piel y el soporte externo de la sonda. Cambiarla a diario.
- Girar la sonda una o varias vueltas y comprobar que sube y baja para evitar que se quede adherida a la mucosa gástrica.

Higiene bucal.

- Lavado con solución antiséptica y una torunda, dos veces al día.
- Hidratar los labios con vaselina o cacao.

Prevención de las complicaciones más frecuentes.

-Obstrucción de la sonda.- Se previene pasando agua después de cada toma o administración de fármacos, con 20 ml de agua. No mezclar nunca los medicamentos entre sí, ni con la fórmula. Usar, preferiblemente, medicamentos líquidos; los comprimidos triturarlos hasta formar un polvo fino y disolverlos en 10 ml de agua.

-Infección del estoma.- Aparece tejido de granulación alrededor del estoma (granuloma). En este caso hay que avisar a la enfermera. Para prevenir, higiene escrupulosa de manos antes de manipular la sonda y cuidados diarios del estoma.

Problemas de digestión.

- El preparado, una vez abierto, sólo puede conservarse en nevera 24 horas.
- Comprobar la fecha de caducidad de la fórmula y agitar antes de usar.
- Administrar el preparado a temperatura ambiente y despacio.
- Antes de administrar la nutrición incorporar la cabecera de la cama 30º-45º y mantenerlo así hasta 30 minutos después de terminar.

(Documento entregado a la cuidadora)

BIBLIOGRAFÍA

1.- Úbeda Bonet I, Roca Roger M. La visita domiciliaria. En: Salud Pública y Enfermería Comunitaria Volumen III. 2ª ed. Madrid: Mc. Graw-Hill Interamericana; 2003: 1389-1406.

2.- Francisco del Rey C, Mazarrasa Alvear L. El sistema informal de cuidados en la atención a la salud. En: Salud Pública y Enfermería Comunitaria Volumen III. 2ª Ed. Madrid: Mc. Graw-Hill Interamericana; 2003: 1407-1424.

3.- Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Guía de Práctica Clínica para el manejo de pacientes con Ictus en Atención Primaria. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de la Agencia Laín Entralgo de la Comunidad de Madrid; 2009. Guías de Práctica Clínica en el SNS: UETS nº 2007/5-2

4.- Díaz López AM, Guzmán Carrasco P, Guzmán Carrasco R, Bellido Blanco N, Guzmán Carrasco A. Actuación domiciliaria dirigida al cuidador del hemipléjico tras un ictus. NURE Inv. [Internet] 2012 Ene. [fecha de acceso 9 de abril de 2012]; 9 (56):[10 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/NURE56_p_rotocolo_ictus.pdf.

5.- Rasero Álvarez L, Naharro Álvarez A, Rodríguez Alarcón J, Martínez Muñoz R, Mesa Calvo R, López García I. Ictus: La formación que salva vidas. Hygia de Enfermería. 2009; (71): 8-12.

6.- Candela Gómez C, Ramos Morcillo A J, Gonzáles Cruz I Mª, Sola Reche Mª D. Revisión de autocuidados para personas con Ictus y sus cuidadores. Evidentia. 2009 abril-junio; 6(26). Disponible en: <http://www.index-f.com/evidentia/n26/ev6933.php>. Consultado el 20 de abril de 2012.

7.- Zapata Sampedro MA, Matute Caballero MN, Gómez Reina MV. Plan de cuidados enfermeros al cuidador informal. Caso clínico. Enfermería Clínica. 2007; 17(3):157-161.

8.- Do Muíño Joga M, Fernández Fernández, MV, Rodríguez Rodríguez E, González Rodríguez C, Iglesias Cerqueiro, RMª. Sobrecarga del cuidador

principal de pacientes inmovilizados en atención primaria. Cuadernos Atención Primaria. 2010; 17: 10-14.

9.- Del Pino Casado B, Casado Lollano A, Nieto García E, Monleón Just M, Villacañas Novillo E, Sánchez Pérez C. El paciente en su domicilio. Caso clínico. Revista ROL 2006; 29 (4): 253-256.

10.- Vázquez Sánchez MA, Casals Sánchez JL, Aguilar Trujillo P, Aparicio Benito P, Estébanez Carvajal F, Luque Espejo A, et al. Aportación para el diagnóstico de cansancio en el desempeño del rol de cuidador. Enfermería Clínica. 2005; 15(2): 63-70.

11.- Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. [Pdf] [fecha de acceso 2 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion5

12.- Luis Rodrigo M^a T, Fernández Ferrín C, Navarro Gómez M^a V. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 3^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2005.

13.- Luis Rodrigo M^a T. Los diagnósticos enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 8^a ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2008.

14.- Morread S, Marion J, Mass M. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4^a Edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.

15.- Mc Closkey Dochteman I, Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). 5^a Edición. Madrid: Elsevier Mosby; 2009.

16.- Grupo nacional para el estudio y asesoramiento en úlceras por presión y heridas crónicas (GNEAUPP). Directrices generales sobre el tratamiento de las úlceras por presión. Arnedillo; 1998. Disponible en: www.gneaupp.org.

17.- Urzola Castro C, Espejo Lorente M, Franco Allué B, Gazol Périz Y, Mallor Bernad P, Martín Vidal M^a J, et al. Consejos para pacientes con Sonda de Gastrostomía. Madrid: Drug Farma, S.L.; 2006.

18.- Aranzana A, Cegrí F, Limón E. Manual de atención domiciliaria. Barcelona: Sociedad catalana de medicina familiar y comunitaria; 2003.

19.- Yonte Huete F, Yonte Huete M^a B, Meneses Jiménez M^a T. Perfil emocional y social del cuidador principal de pacientes inmovilizados en un

entorno rural. NURE Inv [edición electrónica]. 2012 Mar [fecha de acceso 2 de mayo de 2012]; 9(57):[aprox. 17 p.]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE57_orignal_rural.pdf

20.- Papaleo Pérez R. Cuidados del paciente encamado: las úlceras por presión. Hygia de Enfermería. 2011, (78): 53-61.