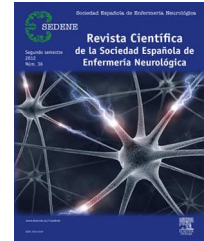


Enfermería Neurológica

www.elsevier.es/rcsedene



ORIGINAL

Implantación de programa personalizado de educación sanitaria a cuidadores: proyecto «Pie de cama»



Jesús A. León López*, Laura Font Lloret y Enriqueta Ballesteros Aguilar

Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Neurología, Hospital Universitario Ntra. Sra. de Valme, Sevilla, España

Recibido el 19 de febrero de 2013; aceptado el 8 de abril de 2014

Disponible en Internet el 28 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Cuidadores;
Dependencia;
Educación sanitaria;
Actividades de la vida
diaria

Resumen

Introducción: El artículo describe la implantación y efectividad de un programa de educación sanitaria a cuidadores en la Unidad de Neurología del Hospital de Valme en Sevilla.

Las enfermedades cerebrovasculares o ictus constituyen la tercera causa de muerte en los países desarrollados.

El ictus supone la primera causa de discapacidad en el adulto, sus secuelas no solo afectan a la persona que lo ha sufrido, sino que también influye a los familiares cercanos, pues son estos quienes deben hacerse cargo de sus cuidados.

Al alta hospitalaria dichos cuidados son administrados en su mayoría por los cuidadores familiares.

Objetivos: Describir la implantación de un programa de educación en salud a cuidadores en neurología del Hospital Universitario de Valme (Sevilla).

Evaluar la efectividad del programa en la adquisición de conocimientos sobre los cuidados a pacientes dependientes que han sufrido un ictus.

Facilitar la labor del cuidador familiar.

Método: Estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo. Población: cuidadores de pacientes. Periodo: mayo y junio de 2012. Muestra: 56 cuidadores.

Resultados: Corrección de 462 déficits en la evaluación final (89,2%), siendo los déficits detectados en una primera evaluación 518 sobre un total de 559 ítems evaluados.

Perfil sociodemográfico del cuidador de un paciente con secuelas de ictus: mujer mayor de 55 años.

Conclusiones: Un programa formativo de cuidados individualizado para cuidadores es útil y repercute positivamente en la adquisición de conocimientos. El porcentaje cercano al 90% de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: jesusleonlopez@hotmail.com (J.A. León López).

déficits corregidos tras la primera evaluación demuestra que el programa «Pie de cama» es efectivo para mejorar las carencias de los cuidadores/as.

© 2013 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Caregivers;
Dependency;
Health education;
Activities of daily
living

Implementation of a personalized health education program for caregivers: «foot of the bed» project

Abstract

Introduction: The article describes the implementation and effectiveness of a program of Health Education to caregivers in the Neurology Department of Hospital de Valme (Seville.)

Cerebral-vascular diseases or strokes are the third cause of death in the developed countries.

Ictus is the main cause of disability in the adult. Its sequelae not only affect the person who has suffered it, but also affects the close relatives who have to care for them.

After hospital discharge, care is mainly administered by family caregivers.

Objectives: To describe the implementation of a program of Health Education to caregivers in Neurology of Valme Hospital in Seville.

To evaluate the efficiency of the program in the acquisition of knowledge about the care of dependent patients who have suffered a stroke.

To ease the burden of the family caregiver.

Method: A quasi-experimental, longitudinal and prospective study was conducted in May and June 2012 on a sample of 56 caregivers.

Results: A total of 462 deficiencies were corrected in the final evaluation (89.2%), after 518 deficits out of a total of 559 evaluated items were detected in the first evaluation.

The profile of the caregiver of a patient with stroke sequelae is a woman over 55-years old.

Conclusions: An individualized education program of basic care to caregivers is useful and reverberates positively in the acquisition of knowledge. With almost 90% of deficits corrected after the first evaluation, it demonstrates that the program «Foot of bed» program is effective in improving the deficiencies of caregivers.

© 2013 Sociedad Española de Enfermería Neurológica. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares o ictus constituyen la tercera causa de muerte en los países desarrollados. Según los datos del Instituto Nacional de Estadística¹ estas enfermedades son la segunda causa de muerte en la población española (cada 15 min se produce una muerte por ictus) y la primera causa en mujeres, mientras que es la tercera en los hombres, tras la cardiopatía isquémica y el cáncer de pulmón².

Cada año lo sufren entre 120.000 y 130.000 personas, siendo la incidencia anual en España de 150-200 casos nuevos por cada 100.000 habitantes. En España, con una de las poblaciones más envejecidas del mundo, se prevé un aumento progresivo de la enfermedad³.

El ictus supone la primera causa de discapacidad en el adulto⁴; sus secuelas no solo afectan a la persona que lo ha sufrido, sino que también influye en los familiares cercanos en tanto que son estos quienes deben hacerse cargo de sus cuidados y tutela dependiendo del grado de dependencia⁵.

La demanda de cuidados para personas dependientes se ha venido incrementando de forma notable en los últimos años, y va a seguir aumentando a un fuerte ritmo durante

las próximas décadas, como consecuencia de la combinación de factores de carácter demográfico, médico y social, entre los que podemos citar el envejecimiento de la población, las mayores tasas de supervivencia de personas afectadas por alteraciones congénitas, enfermedades y accidentes graves⁶.

Los datos epidemiológicos disponibles indican que a los 6 meses del ictus el 26,1% de los pacientes han fallecido, el 41,5% son independientes y el 32,4% son dependientes, estimándose de forma global que entre los supervivientes del ictus el 44% quedan con una dependencia funcional. De forma desagregada la dependencia funcional a los 6 meses de un episodio de ictus representa que un 20-25% de los supervivientes continúan siendo incapaces de caminar sin asistencia física, un 70% presentan una capacidad de marcha reducida, alrededor del 65% no pueden incorporar la mano afectada a la realización de las actividades de la vida diaria y más del 20% presentan déficit de lenguaje⁷.

Estas personas son mayoritariamente atendidas por personas cuidadoras familiares⁸. El antes denominado «cuidado informal» se define como «un sistema de prestación de cuidados no remunerado a personas dependientes, por parte de familiares, amigos u otras personas que constituye un

verdadero sistema oculto de cuidados»⁹, siendo fundamentalmente desempeñado por mujeres.

Actualmente en España la familia constituye la unidad de protección social básica de estos enfermos, y es la que está dando mayoritariamente respuesta a esta problemática. Esto puede verse alterado en un futuro, ya que el núcleo familiar está cambiando, el número de integrantes ha disminuido, la mujer se ha incorporado al mercado laboral y todo ello hace que el sistema actual no sea sostenible¹⁰.

Si bien es cierto que casi todos los miembros de la familia se sienten en la obligación de ayudar a sus parientes, la tarea concreta de prestar los cuidados recae sobre una sola persona, el cuidador principal. Estos cuidados comportan satisfacción y carga¹¹.

Por otro lado, los familiares se ven sin la información y formación necesarias para atender a sus familiares enfermos, y sin la existencia de servicios adecuados de apoyo y respiro, lo que hace que los cuidados que prestan a su familiar no sean de calidad y además corran el riesgo de claudicar en esta tarea de cuidado¹².

Por todo ello, planteamos un programa de educación en salud a cuidadores familiares durante el ingreso hospitalario.

Objetivos

- Describir la implantación de un programa de educación en salud a cuidadores de enfermos dependientes en la Unidad de Gestión Clínica (UGC) de Neurología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme en Sevilla.
- Evaluar la efectividad del programa en la adquisición de conocimientos sobre los cuidados a pacientes dependientes que han sufrido un ictus.
- Facilitar la labor del cuidador familiar.

Metodología

El proyecto corresponde a un estudio cuasi-experimental, longitudinal y prospectivo realizado en el ámbito de la atención especializada, específicamente en la UGC de Neurología del Hospital Nuestra Señora de Valme, en Sevilla.

Los sujetos de estudio fueron aquellos cuidadores/as familiares de pacientes ingresados con diagnóstico de ictus en la UGC de Neurología del Hospital Nuestra Señora de Valme, durante los meses de mayo y junio de 2012, con alto grado de nivel de dependencia, manifestado por un índice de Barthel igual o menor de 60.

La técnica de selección de la muestra empleada fue muestreo aleatorio simple, siendo seleccionados todos los cuidadores/as incluidos en el programa «Pie de cama» durante el periodo de estudio en cuestión, de manera consecutiva según la fecha de ingreso.

Criterios de inclusión:

- Cuidadores/as de pacientes con un índice de Barthel inferior o igual a 60, sin limitaciones físicas o cognitivas que le impidan ser cuidador y que aceptaron participar en el programa una vez realizada la valoración inicial. Durante el periodo que dure el ingreso se les invitó a participar en los cuidados básicos que se reflejan en la hoja de registro.

Criterios de exclusión:

- Cuidadores/as familiares que eran profesionales sanitarios.
- Cuidadores/as familiares de pacientes en situación de gran o extrema gravedad en los que se prevea un desenlace fatal.
- Cuidadores/as de pacientes que reingresan y han recibido el programa con anterioridad.

Se recogieron las siguientes variables epidemiológicas: edad de los/as cuidadores/as familiares evaluados/as, sexo de los cuidadores/as, nacionalidad, parentesco con el paciente y grado de dependencia utilizando como material los documentos disponibles en la unidad.

Se cumplimentó un registro de valoración inicial de enfermería, vi (anexo 1), donde se recogían los datos del paciente. Además se elaboró un registro de plan de formación a cuidadores (anexo 2) para recoger las variables de estudio sobre las necesidades formativas del cuidador.

También se midió el nivel de dependencia con el índice de Barthel¹³ para saber si se cumplía el criterio de inclusión.

Tras el ingreso se iniciaron una serie de actividades interrelacionadas de todos los profesionales de enfermería, con la finalidad de desarrollar conjuntamente el programa en cuestión atendiendo a los siguientes pasos:

Se realizó la valoración enfermera inicial del paciente y cuidador y posterior cumplimentación en registro (vi) comprobando el grado de dependencia del paciente según el índice de Barthel. Si este era igual o inferior a 60, nos indicaba que puede tener déficits de autocuidados al alta, y por lo tanto un nivel de dependencia con necesidad de un cuidador que supla parcial o totalmente los problemas de autonomía.

Al ser los pacientes con secuelas de ictus y alto grado de nivel de dependencia (como también lo son los pacientes de ELA o Alzheimer, por ejemplo) población diana de las enfermeras gestoras de casos hospitalarios (EGCH) en nuestro hospital, se procedió a su derivación a la unidad de trabajo social si se detectaba ausencia de cuidador.

Conjuntamente, la enfermera/auxiliar/EGCH identificaron al cuidador principal y valoraron el perfil para inclusión o exclusión del programa.

Aquellos cuidadores/as incluidos en el plan entraron directamente a formar parte del proyecto y se les invitó a participar en los cuidados básicos que se reflejan en el registro. Todo ello se muestra en el algoritmo representado en la figura 1.

Una vez hecha la primera valoración se anotó necesita refuerzos (NR [en rojo]) en la gráfica a todos los déficits y realiza los cuidados (RC [en azul]) a los conocimientos y habilidades detectados. A partir de esa primera valoración se le aportó al cuidador/a información sobre los cuidados a evaluar y se registró «X» en el casillero que corresponde a la información ofrecida.

Se llevaron a cabo tantas evaluaciones del grado de adquisición de conocimientos como días de ingreso, teniendo en cuenta las siguientes consideraciones: se valoró siempre al mismo cuidador/a, a partir de la primera valoración, solo nos centramos en los déficits detectados (NR); al alta, su auxiliar de enfermería/enfermera/EGCH comunicó

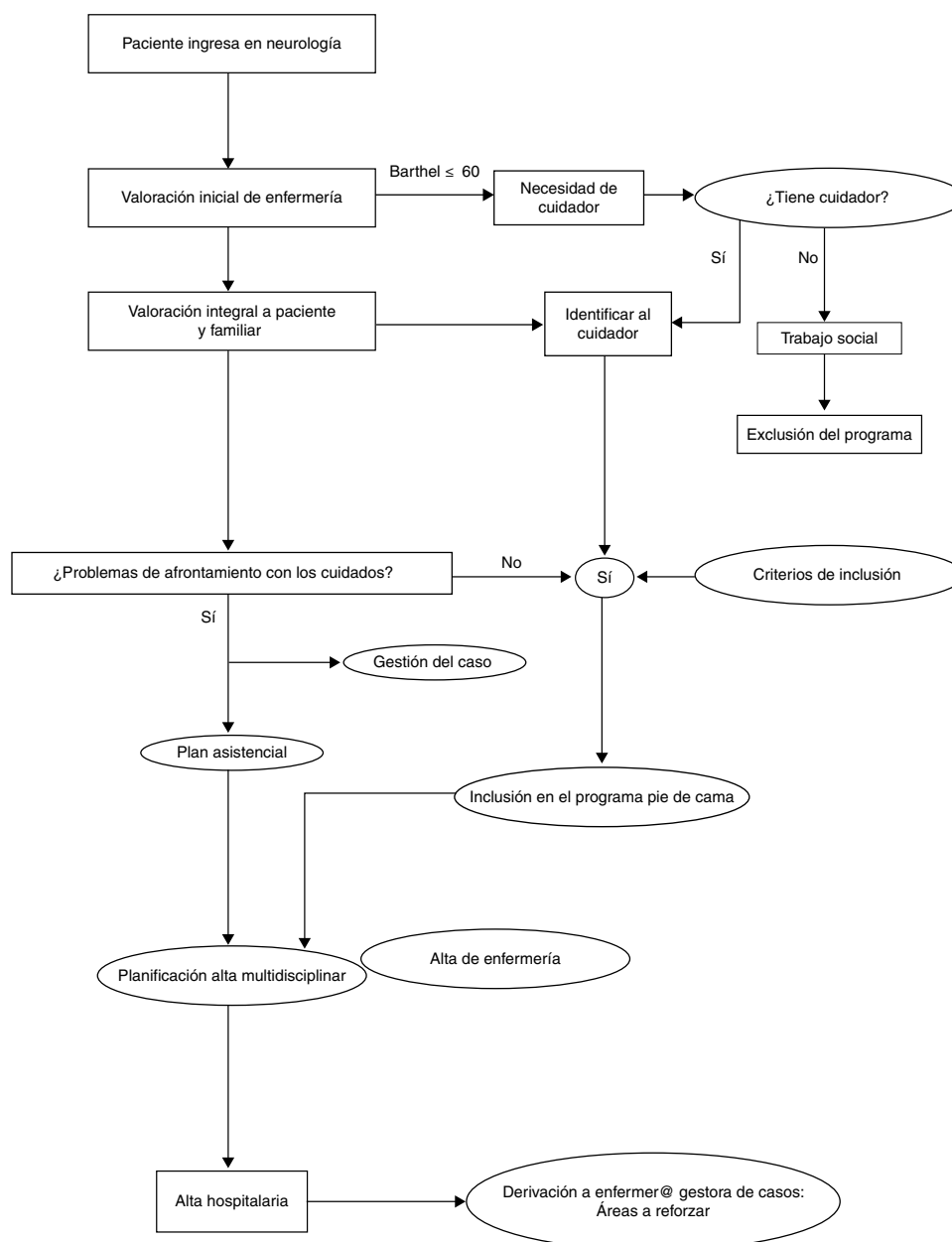


Figura 1 Algoritmo metodológico.

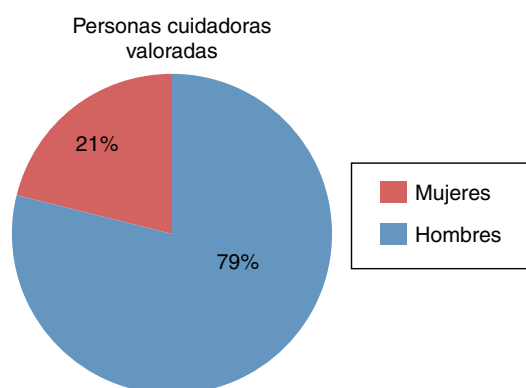


Figura 2 Sexo de los cuidadores.

a la enfermera de referencia los déficits no corregidos para que constasen en el informe de alta de enfermería, las valoraciones se realizaron durante el turno de mañana y se anotó en el registro el nombre del profesional y la fecha, siendo la formación un proceso continuo, independiente del turno.

Como enfermeros nos planteamos formar a estos cuidadores atendiendo a los patrones funcionales de salud de Gordon¹⁴, diagnósticos, resultados e intervenciones de enfermería¹⁵, tomando como referencia principal pacientes con secuelas de ictus al alta, como quedan reflejados en la [tabla 1](#).

Resultados

Durante el periodo de estudio fueron evaluados 56 cuidadores, de ellos el 100% eran españoles, 44 eran mujeres

Tabla 1 Patrones funcionales de salud evaluados

NANDA	NOC	NIC
Dominio 2: Nutrición		
• Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002) relacionado con inapetencia, incapacidad para digerir, disfagia	• 1009: estado nutricional: ingestión de nutrientes	• 1056: alimentación enteral por sonda
	• 1010: estado de la deglución • 0912: estado neurológico: conciencia	• 1100: gestión de la nutrición • 1860: terapia de deglución
	• 1612: control de peso	• 3200: prevención de la aspiración
	• 1802: conocimiento: dieta • 1918: control de la aspiración	
Dominio 3: Eliminación e intercambio		
• Incontinencia fecal (00014) relacionado con lesión de nervios motores, medicamentos, hábitos dietéticos	• 0500: continencia intestinal	• 0410: cuidados de incontinencia intestinal
	• 0501: eliminación intestinal	• 0610: cuidados de la incontinencia urinaria
• Incontinencia urinaria funcional (00020) relacionada con limitaciones neuromusculares, deterioro de la cognición, factores psicológicos	• 0502: continencia urinaria • 0503: eliminación urinaria	• 0580: cateterización urinaria • 0590: gestión de la eliminación urinaria
	• 0310: autocuidados: aseo	
Dominio 4: Actividad/reposo		
• Deterioro de la movilidad física (00085) relacionado con: deterioro cognitivo, disminución de la fuerza o masa corporal - Déficit de autocuidado: baño (00108)	• 0301: autocuidado: baño	• 0840: cambio de posición
	• 0302: autocuidado: vestirse	• 0844: posición: paciente neurológico
	• 0306: autocuidado: ABV cotidiana • 0308: autocuidado: higiene bucal • 0208: nivel de movilidad	• 0740: cuidado en el reposo en cama • 1801: ayuda en el autocuidado: baño/ higiene • 1803: ayuda en el autocuidado: vestido/ arreglo personal
	• 0204: consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas • 0205: consecuencias de la inmovilidad: psicocognitivas • 0909: estado neurológico	
Dominio 11: Seguridad / protección		
• Riesgo de deterioro en la integridad cutánea (00047) relacionado con: alteración del estado	• 1101: integridad tisular: membranas cutáneas y mucosas	• 3540: prevención de úlceras por presión

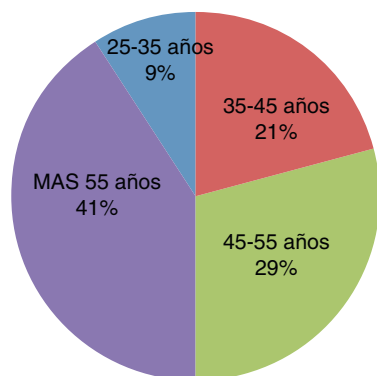
(79% del total) y 12 eran hombres (21%) (fig. 2), siendo la relación de parentesco con el paciente de cónyuge (53,6%, 30 individuos), hijo/a (44,6%, 25 individuos) y sobrina (1,8%).

Estos 56 cuidadores fueron distribuidos en 4 grupos de edad: 25 a 35 años (9%, 5 cuidadores); 35 a 45 años (21%, 12 cuidadores); 45 a 55 años (29%, 16 cuidadores); más de 55 años (41%, 23 cuidadores) (fig. 3).

El perfil sociodemográfico habitual del cuidador de un paciente con secuelas de ictus es, por tanto, mujer mayor de 55 años.

De los 17 posibles déficits evaluables según la hoja del plan de formación de cuidadores se evaluaron 559 ítems, fueron detectados 518 déficits en una primera evaluación y se corrigieron 462 en relación con las actividades de la vida

Grupos de EDAD de cuidadores/AS

**Figura 3** Edad de los cuidadores.

diaria (AVD: higiene, alimentación, movilidad y eliminación) en la evaluación final (89% del total) (fig. 4).

Desglosado por necesidades evaluadas y de forma más concreta, las áreas más deficitarias fueron:

Patrón 2: nutricional/metabólico

Alimentación oral: técnica adecuada y relación entre desnutrición y úlceras por presión (UPP) (44,6% de los cuidadores, 25 del total, presentaban déficit de conocimientos).

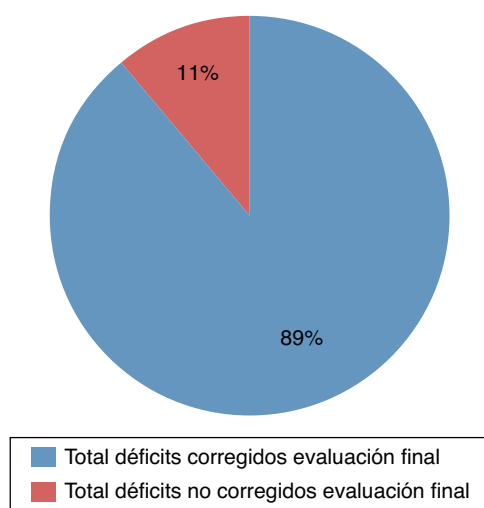
Alimentación enteral: cuidados de sonda nasogástrica (73,2%, 41 individuos).

Patrón 3: eliminación

Eliminación: 73,2% de los cuidadores (41 individuos) necesitaron refuerzos acerca de cuidados de sonda vesical en los pacientes sondados.

Patrón 4: actividad/ejercicio

Higiene: un 71,4%, correspondiente a 40 cuidadores, necesitó refuerzos en los cuidados relacionados con higiene

**Figura 4** Corrección de déficits detectados.

bucal, técnica adecuada y relación entre higiene y UPP.

Movilidad: cambios posturales (71,4%).

Discusión

Atendiendo a los resultados y a los datos obtenidos de otras publicaciones^{8,16}, el perfil sociodemográfico del cuidador de un paciente con secuelas de ictus es mujer mayor de 55 años.

Según Benito Domingo et al.¹⁷ el perfil del cuidador coincide con el anteriormente descrito, siendo los cuidadores principales que acompañan al paciente en el momento del ingreso los que se muestran más dispuestos de participar en sus cuidados, de ahí la importancia de aprovechar este momento, el del ingreso, para cuidar la información y el trato a los familiares, y de promover y animar esta participación.

En nuestra sociedad hay unas expectativas sobre quién debe cuidar, y si una persona dependiente necesita atenciones en las AVD, se espera que su esposo o esposa le cuide, y si este no puede, el género pasa a ser un factor determinante, de modo que ser mujer se asocia al rol de cuidador¹⁸, y se asume como parte de las denominadas tareas domésticas¹⁹.

Como siguiente paso nos planteamos la continuidad de cuidados, una vez el programa informático del hospital (Azahar®) esté implantado al 100%.

Se enviará vía telemática el informe de continuidad de cuidados (ICC) al equipo de enfermería de atención primaria que atiende a paciente y cuidador; mediante este informe el personal del centro de salud conocerá los déficits evaluados durante el ingreso hospitalario y los no corregidos que precisan refuerzo en el contexto de la atención domiciliar.

Esta mejora en la comunicación entre atención especializada y atención primaria permitirá llevar a cabo un control y seguimiento de los conocimientos adquiridos por los cuidadores de pacientes supervivientes a un ictus.

Consideramos necesario, para futuros estudios, valorar el nivel de satisfacción por parte de los cuidadores del programa «Pie de cama», y cómo esta formación repercute en la sobrecarga de los mismos.

Conclusión

Con un porcentaje cercano al 90% de déficits corregidos tras la primera evaluación efectuada al ingreso, se demuestra que el programa «Pie de cama» es efectivo para mejorar las carencias de los cuidadores/as en relación con los cuidados a prestar a sus familiares.

La puesta en marcha de un programa formativo de cuidados individualizado, destinado a los cuidadores de pacientes dependientes por un ictus, se ha mostrado útil y repercute positivamente en la adquisición de conocimientos. Además, mejora la calidad de los cuidados prestados a estos pacientes al corregir déficits de conocimientos y habilidades detectadas en las áreas de alimentación, eliminación, higiene y movilidad.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

A Ángel Rodríguez, subdirector de enfermería del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme, impulsor original de este proyecto desde la Unidad de Continuidad Asistencial del Hospital del Tomillar (Sevilla).

A Gemma Prieto, supervisora de neurología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme y responsable de la adaptación del proyecto a la unidad.

Al equipo completo de enfermería de la Unidad de Gestión Clínica de Neurología del Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme: enfermeras/os, celadora, enfermeras gestoras de casos y especialmente al equipo de auxiliares de enfermería, por su implicación práctica y directa en el proyecto.

Anexo A



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD
Área hospitalaria de Valme

VALORACION ENFERMERA NEUROLOGIA

Procedencia: ☐ Urgencias ☐ Hospitalización ☐ Consulta ☐ Unidad Motivo de ingreso:

VALORACION																																			
Fecha: ____/____/____ Alergias: _____ Hábitos no saludables: Fumador ☐ Si ☐ No Nº de cigarrillos: ____ día Consumidor de drogas: ☐ Si ☐ No Bebedor: ☐ Si ☐ No Cantidad: ____/día Enfermedades crónicas _____ Tto. domiciliario _____ ¿Sigue Tto. y/o régimen de vida adecuado? ☐ Si ☐ No																																			
1. RESPIRAR NORMALMENTE <u>Respiración</u> Frecuencia Respiratoria: ____ res/min. SAT O₂ ____ % Dificultad Respiratoria ☐ No ☐ Si Tipo ☐ Eupnea ☐ Taquipnea ☐ Bradipnea ☐ Cheyne-Stokes Dispositivo Soporte: ☐ Gafas Nasales ☐ Mascarilla ☐ Mascarilla con reservorio ☐ BIPAP ☐ CPAP ☐ TRAQUEOSTOMIA Cianosis ☐ Si ☐ No ¿Tiene tos? ☐ Si ☐ No ¿Expectora mucho? ☐ No ☐ Si ¿Cantidad de la secreción? ☐ Abundante ☐ Escaso ☐ Muy escaso Características de las secreciones: _____ <u>Circulación</u> Frecuencia Cardíaca: ____ sist./min. TA: ____ / ____ mm Hg ¿Arritmias? ☐ Si ☐ No Edemas ☐ Si ☐ No Localizados ☐ Generalizados ¿Tiene algún problema circulatorio? ☐ Si ☐ No ¿Cuál? _____ Otros: _____																																			
2. BEBER, COMER, ALIMENTARSE Peso: ____ Talla: ____ Complexión: ☐ Normal ☐ Obeso ☐ Delgado ☐ Atlético ☐ Caquética Tipo de alimentación: ☐ Oral ☐ Enteral ☐ Parenteral ☐ Duodenal ☐ Gastrostomía. ☐ Yeyunostomía. Tiene problemas para: Masticar ☐ Si ☐ No Deglutir ☐ Si ☐ No Estado de la piel: ☐ Integra ☐ Erosionada ☐ Reseca ☐ Macerada ☐ Pálida ☐ Fría ☐ Hematomas Valoración del riesgo de HPP (EMINA) <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>Estado mental</th> <th>Movilidad</th> <th>Incontinencia</th> <th>Nutrición</th> <th>Actividad</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>0</td> <td>Orientado</td> <td>Completa</td> <td>No</td> <td>Correcta</td> <td>Deambula</td> </tr> <tr> <td>1</td> <td>Desorientado / Apático / Pasivo</td> <td>Ligeramente limitada</td> <td>Urinaria / fecal ocasional</td> <td>Ocasionalmente incompleta</td> <td>Deambula con ayuda</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>Letárgico / hiper cinético</td> <td>Limitación importante</td> <td>Urinaria / fecal habitual</td> <td>Incompleta</td> <td>Siempre precisa ayuda</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>Comatoso</td> <td>Inmóvil</td> <td>Urinaria y fecal</td> <td>No ingesta</td> <td>No deambula</td> </tr> </tbody> </table> VALOR EMINA: _____ Mucosas: ☐ Húmedas ☐ Secas ☐ Frágil ¿Dentición deficiente? ☐ Si ☐ NO HPP ingreso ☐ Si ☐ NO Otros: _____							Estado mental	Movilidad	Incontinencia	Nutrición	Actividad	0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula	1	Desorientado / Apático / Pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria / fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda	2	Letárgico / hiper cinético	Limitación importante	Urinaria / fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda	3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula
	Estado mental	Movilidad	Incontinencia	Nutrición	Actividad																														
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula																														
1	Desorientado / Apático / Pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria / fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda																														
2	Letárgico / hiper cinético	Limitación importante	Urinaria / fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda																														
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula																														
3. ELIMINACIÓN <u>Urinaria:</u> Modo ☐ Espontánea ☐ Sonda Tipo: ____ Calibre: ____ Colector ☐ Si ☐ No Absorbente ☐ Si ☐ No Urostomía ☐ Si ☐ No Aspecto de la orina: _____ <u>Intestinal</u> ☐ Diaria ☐ Dos veces/día ☐ Cada dos días ☐ Estreñimiento crónico Consistencia: ☐ Normales ☐ Líquidas ☐ Blandas ☐ Duras Incontinencia ☐ Si ☐ No Usa ayudas para defecar: ☐ No ☐ Si Dieta ☐ Medicación ☐ Enemas Estomas ☐ Si ☐ NO Otros: _____																																			
4. MOVIMIENTO MANTENER LA POSTURA ADECUADA ¿Puede moverse? ☐ Si ☐ No (O Parc. Autonomo O Sin Autonomía) ¿Mantiene la posición adecuada? ☐ Si ☐ No Reposo ☐ Si ☐ No Encamado ☐ Si ☐ No Sillón ☐ Si ☐ No Paseo ☐ Si ☐ No ¿Se fatiga al moverse? ☐ Si ☐ No ¿Está el paciente sedado? ☐ Si ☐ No ¿Usa dispositivo de ayuda para la movilización? ☐ No ☐ Si Tipo: _____ ¿Es capaz de alimentarse? ☐ Si ☐ No Escala Barthel: Valor _____ Escala Canadiense: Valor _____ Otros: _____																																			

VALORACION	
5. NECESIDAD DE DORMIR Y DESCANSAR ¿Tiene riesgo del trastorno del sueño? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene insomnio mantenido? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene somnolencia diurna? ☐ Sí ☐ No N° de horas sueño diurno _____ N° horas sueño nocturno _____ ¿Se siente descansado al despertar? ☐ Sí ☐ No Otros: _____	
6. VESTIRSE Y DESVESTIRSE ¿Es capaz de vestirse? ☐ Sí ☐ No ☐ Incapacidad Parcial ☐ Incapacidad Total Otros: _____	
7. MANTENER LA TEMPERATURA CORPORAL DENTRO DE LOS LÍMITES NORMALES Temperatura _____ °C ☐ Hipertermia ☐ Hipotermia	
8. HIGIENE Frecuencia _____ ¿Es capaz de lavarse? ☐ Sí ☐ No ☐ Incapacidad Parcial ☐ Incapacidad Total Estado de la piel Limpia ☐ Sí ☐ No Otros: _____	
9. SEGURIDAD Entorno familiar ¿El entorno familiar le proporciona seguridad? ☐ Sí ☐ No Riesgo de autoagresión ☐ Sí ☐ No Tipo: _____ Prevención ¿Mantiene medidas de prevención? ☐ Sí ☐ No Tipo: _____ ¿Conoce las medidas de prevención? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene riesgo de contraer una infección? ☐ Sí ☐ No Factores Riesgos: ☐ Inmunodepresión ☐ Catéter Venoso Periférico ☐ Catéter Venoso Central ☐ Catéter Arterial ☐ Catéter Urinario ☐ Vía Aérea Artificial ☐ Herida quirúrgica ☐ Otros: _____ Otros: _____	
10. COMUNICACIÓN Consciente ☐ Sí ☐ No Escala Glasgow: Valor _____ ¿Orientado? ☐ Sí ☐ No Escala PFEIFFER: Valor _____ ¿Muestra preocupación o temor? ☐ Sí ☐ No Manifestaciones del paciente ☐ Ansioso ☐ Deprimido ☐ Preocupado ¿Agitación? ☐ Sí ☐ No ¿Nerviosismo? ☐ Sí ☐ No ¿Verbaliza sentirse asustado? ☐ Sí ☐ No ¿Identifica el objeto del miedo? ☐ Sí ☐ No Incapacidad verbalización: ☐ Sí ☐ No Lenguaje coherente: _____ Causas: ☐ Otro idioma ☐ Disminuc. de la circulac. cerebral ☐ Barreras físicas (Intub. / Traq.) ☐ Disnea ☐ Dificultad en la pronunciación ☐ Sordomudo ¿Solicita información? ☐ Sí ☐ No ¿Utiliza prótesis? ☐ No ☐ Sí (☐ Gafas ☐ Lentillas ☐ Auditiva ☐ Ocular) ¿Siente algún tipo de dolor? ☐ Sí ☐ No Tipo Dolor ☐ Crónico ☐ Agudo ¿Precisa analgesia? ☐ Sí ☐ No VALOR ESCALA EVA: (1-10) _____ Otros: _____	
11. CREENCIAS ¿Solicita ayuda religiosa? ☐ No ☐ Sí Tipo: _____ ¿Mantiene limitaciones religiosas? ☐ No ☐ Sí Tipo: _____ ¿Mantiene limitaciones éticas/culturales? ☐ Sí ☐ No ¿Tiene conflicto ético, religioso o cultural con la terapia establecida? ☐ No ☐ Sí Tipo: _____ Otros: _____	
12. OCUPARSE EN ALGO Ocupación (Trabajo, estudios): _____ Ocio: _____	
13. PARTICIPAR EN ACTIVIDADES RECREATIVAS ¿Solicita medios o realizar actividades recreativas? ☐ No ☐ Sí Tipo: _____	
14. APRENDER ¿Conoce el diagnóstico? ☐ Sí ☐ No ¿Conoce el régimen terapéutico? ☐ Sí ☐ No Área de desconocimiento ☐ Medicamentos ☐ Dieta ☐ Ejercicio ¿Manifiesta la necesidad de aprender? ☐ Sí ☐ No ¿Existen factores que limiten el aprendizaje? ☐ No ☐ Sí Citar: _____ ¿Necesita medios de apoyo para el aprendizaje? ☐ No ☐ Sí Tipo: _____ Otros: _____	
SOPORTE SOCIAL ¿Ingresado en Residencia? ☐ Sí ☐ No ¿Necesita cuidador? ☐ Sí ☐ No ¿Identificado cuidador? ☐ Sí ☐ No Nombre _____ Fecha _____ Teléfono _____	

Firma enfermera/o responsable: _____ Fecha _____

Fdo: _____

Anexo B

UNIDAD DE NEUROLOGÍAPLAN DE FORMACIÓN A CUIDADORES

Fecha ingreso: _____

Fecha alta: _____

EVALUACIONES	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª
NECESIDAD ALIMENTACIÓN					
EL CUIDADOR/A ADQUIRIRÁ Y DEMOSTRARÁ CONOCIMIENTOS EN:					
ALIMENTACIÓN ORAL:	FECHA:				
TÉCNICA ADECUADA					
RELACION ENTRE DESNUTRICIÓN Y RIESGO DE UPP					
BENEFICIOS DE ALIMENTACIÓN CORRECTA					
ALIMENTACIÓN ENTERAL					
TÉCNICA ADECUADA					
CONSEJOS SOBRE LA DIETA					
CONOCE LOS CUIDADOS DE SNG/PEG					
BENEFICIOS DE ALIMENTACIÓN CORRECTA					
RELACIÓN ENTRE DESNUTRICIÓN Y RIESGO DE UPP					
NECESIDAD HIGIENE					
EL CUIDADOR/A ADQUIRIRÁ Y DEMOSTRARÁ CONOCIMIENTOS EN:					
REALIZACIÓN DE TÉCNICA ADECUADA					
HIGIENE BUCAL					
RELACION ENTRE HIGIENE Y RIESGO DE UPP					
NECESIDAD MOVILIDAD					
EL CUIDADOR/A ADQUIRIRÁ Y DEMOSTRARÁ CONOCIMIENTOS EN:					
TÉCNICA DE CAMBIOS POSTURALES					
RELACION ENTRE INMOVILIDAD Y RIESGO RIESGO DE UPP					
NECESIDAD DE ELIMINACIÓN					
EL CUIDADOR/A ADQUIRIRÁ Y DEMOSTRARÁ CONOCIMIENTOS EN:					
RELACIÓN ENTRE INCONTINENCIA Y RIESGO DE UPP					
CUIDADOS SONDA VESICAL					
MEDIDAS PARA COMBATIR ESTREÑIMIENTO					
TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE ENEMAS					

FIRMA:

RC: REALIZA LOS CUIDADOS (AZUL)

NR: NECESITA REFUERZOS (ROJO)

X: FORMACIÓN INICIADA (VERDE)

*: INCIDENCIAS (DORSO PÁGINA)

NOMBRE PACIENTE:

HAB:

NOMBRE CUIDADORA:

TELÉFONO CUIDADORA:

Bibliografía

1. Instituto Nacional de estadística [Internet] [acceso 14 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.ine.es/>
2. Jiménez Hernández MD, Alcázar Romero P, Alés Otón E, Aranda Aguilar F, Arraez Sánchez MA, Carrillo Badillo E, et al. Plan andaluz de atención al ictus. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2011;9-23.
3. Acebes Fuerte A, Álvarez Sánchez L, Álvarez Cano A, Álvarez Trabanco S, Arango Fernández F, Arcos García P, et al. Manual básico de neurología para enfermería. Madrid: Enfoque editorial SC; 2012. p. 101-11.
4. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. En: Guiu M, coordinador. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.[Internet] [acceso 14 Ene 2014]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/.docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>.
5. López Espuela F, González Gil T, Jiménez Gracia MA, Bravo Fernández S, Luengo Morales E, Amarilla Donoso J. ¿Y después del ictus? Reconstrucción de la biografía de pareja. Rev Cien Soc Esp Enferm Neurol. 2013;38:35-41.
6. García Torres MD. Ley de dependencia y valoración de enfermería en atención primaria. HYGIA. 2014;85:21-6.
7. Hillen T, Dundas R, Lawrence E, Stewart JA, Rudd AG, Wolfe CD. Antithrombotic and antihypertensive management 3 months after ischemic stroke: A prospective study in an inner city population. Stroke. 2000;31:469-75.
8. López López B, Casado Mejía R, Brea Ruiz M, Ruiz Arias E. Característica de la provisión de cuidados a las personas dependientes. NURE Inv [revista en Internet] 2011;9(56) [aprox. 12 pantallas] [acceso 8 Ene 2014]. Disponible en: http://www.fuden.es/FICHEROS.ADMINISTRADOR/ORIGINAL/NURE56_original.provis_dep.pdf.
9. Durán MA. Los costes invisibles de la enfermedad. 2.ª ed Madrid: Fundación BBVA; 2003.
10. Base de datos estatal de personas con discapacidad. Colección documentos. Serie estadística. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales 2009.[Internet] [acceso 14 Ene 2014]. Disponible en: http://www.imserso.gob.es/imserso.01/autonomia_personal_dependencia/web_cuidador/index.htm
11. Morales Espinosa C, González Caballero G, Sáenz de Juan MJ, Abellán Miralles I. Papel de enfermería en el servicio de atención telefónica en una unidad de neurología de la conducta y demencias. Rev Cien Soc Esp Enferm Neurol. 2013;37:19-24.
12. Sagués Amadó A, García Borja J, Suárez Canal R, Espinosa Almendro JM, Balbuena Fernández E, Ruiz Loaiza I, et al. Plan andaluz de Alzheimer. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Consejería para la Igualdad y Bienestar Social. Junta de Andalucía. 2007:21-3.
13. Mahoney FI, Barthel D. Functional evaluation: The Barthel index. Md State J. 1965;14:56-61.
14. Clasificación completa de diagnósticos enfermeros NANDA-I 2012-2014. Prescripcionenfermera.com.2013.[Internet] [acceso 12 Ene 2014]. Disponible en: <http://prescripcionenfermera.com/noticias/diagnosticos-de-enfermeria/clasificacion-completa-de-diagnosticos-enfermeros-nanda-i-2012-2014>
15. Anioite Hernández N. Desarrollo y evolución NANDA. Etiquetas diagnósticas NANDA. Et Diagnóstic. 2013. [Internet] [acceso 13 de Ene de 2014]. Disponible en: http://www.anioite-nic.net/apunt_diagn_enfermer_6.htm
16. Pinedo S, Miranda M, Suárez A, García MM, Quirós M, Herrero AM. Sobrecarga del cuidador informal del paciente con ictus a largo plazo. Rehabilitación. 2010;44:345-50.
17. Benito Domingo ML, et al. Detección de necesidades de los familiares de pacientes ingresados en la unidad de ictus. Rev Cien Soc Esp Enferm Neurol. 2012;35:6-11.
18. Crespo López M, López Martínez J. El apoyo a los cuidadores de familiares dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar». Premio Imsero «Infanta Cristina» 2006. 1.ª ed. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2007.
19. Hervas A, Cabasés J, Forcén T. Coste del cuidado informal del ictus en una población general no institucionalizada. Gac Sanit. 2007;21:444-51.