

## **Implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado**

### **Implementation of a support program of the dependent hospitalised elderly person**

Nieves García Castillo , M<sup>a</sup> Dolores Pérez Fonollá. Diplomadas Universitarias de Enfermería. Hospital Universitario San Rafael (Granada).

Dirección de contacto:  
Nieves García Castillo  
C/ Poeta César Vallejo nº 3, 3º B  
18008 Granada  
e-mail: niegarc@hotmail.com

### **RESUMEN**

La población anciana está aumentando de forma considerable actualmente. A medida que el anciano enferma aumenta su nivel de dependencia, creciendo la necesidad de cuidados, por ello es necesario formar al cuidador. En los meses de Enero-Febrero del 2004 se llevó a cabo en el Hospital Universitario San Rafael de Granada la implantación de un programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado. Los objetivos de dicho programa fueron: Fomentar la relación del cuidador-enfermo, hacer partícipe al cuidador de los cuidados que el anciano requiere e instruirle acerca de la importancia de su propio bienestar para proporcionar una atención óptima a su paciente.

Una vez evaluado el programa cabe destacar la aceptación del mismo por los usuarios así como la necesidad de desarrollar actividades orientadas a la formación de los cuidadores de pacientes con un alto grado de dependencia.

**Palabras clave:** Anciano, cuidador, dependencia.

### **ABSTRACT**

In last years elderly population is increasing. Since care needs in this population are also increasing, the implementation of caregivers' training and support programs is becoming mandatory. A supporting program focused on caregivers of the elderly people was started in January-February 2004. The objectives of this program were to promote the relationship between caregivers and their elderly relatives, to involve the caregiver in attending the elderly people needs and to underline the importance of wellbeing in order to offer an optimal care.

The program was very welcomed and the need of specific training of caregivers attending limited elderly people was emphasized.

**Key words:** Elderly people, caregiver, dependency.

### **INTRODUCCIÓN**

La sociedad actual se ve en la necesidad de ofrecer unos servicios de calidad a las necesidades y demandas que la población anciana requiere.

En el año 2000 el porcentaje de personas mayores de 60 años en el mundo fue de un 10%, ésta proporción aumenta al 20% en los países desarrollados. En España, se está produciendo un incremento progresivo del número y de la proporción de personas mayores. Según el anuario estadístico del Instituto Nacional de Estadística (INE), la proporción de mayores de 65 años ha aumentado del 5,2% en 1900 al 15,1% en el año 2001 y llegará al 19,6% en el año 2031(1,2,3) .

Es innegable reconocer la existencia de los problemas comunitarios relativos a las necesidades particulares de las personas de edad y que éstos deben ser afrontados con políticas adecuadas referidas a salud, alimentación, vivienda, familia, medio ambiente, bienestar social, seguridad de pensiones y empleo y el reto de la educación continua.

En pacientes hospitalizados esta necesidad se ve incrementada y por tanto se produce una situación de estrés tanto en mayores como en familiares, no viéndose tampoco libres las personas que atienden a los pacientes dentro del hospital (4).

Conforme la enfermedad progresa, los familiares sufren viendo como se deteriora el paciente y se pierden las posibilidades de comunicación. Inevitablemente y día a día va creciendo la necesidad de cuidados (5).

La dependencia se define como la pérdida de forma temporal o definitiva de la capacidad de la persona para ser autónoma y conlleva un conjunto de dificultades y de sufrimiento para su entorno(6). La

situación social de dependencia es aquella situación personal que requiere la ayuda prolongada de una tercera persona para realizar los actos vitales de la vida cotidiana, es la necesidad de una atención o cuidados prolongados (7).

Para proporcionar un buen cuidado al enfermo es necesario la intervención de todos los miembros de la familia, teniendo como único objetivo el cuidado y bienestar del anciano.

El cuidador sufre numerosos cambios en su vida, los más destacados son:

- Su fuerza vital se va desgastando, sintiéndose cansado y dolorido, al tener que cargar con el peso del enfermo, permaneciendo pendiente de él las 24 horas del día.
- La presión psicológica es muy grande, demasiadas decisiones, demasiadas preocupaciones, demasiadas frustraciones...
- Adquiere demasiadas obligaciones para las que no está preparado: medicación, higiene, aseo, alimentación...
- Pierde su independencia.
- Si no tiene con quien compartir la situación se sentirá sólo y triste.
- Tiende a no ocuparse de sí mismo abandonando incluso su salud.

Todas estas dificultades, provocan la aparición de una serie de sentimientos contradictorios en el cuidador, produciendo una serie de reacciones emocionales que es importante conocer y saber porqué se producen, ya que influyen en la forma de juzgar y actuar ante las distintas situaciones.

Algunas de las reacciones que se producen en los cuidadores son:

- Tristeza: sentimiento que se apodera del cuidador en el curso de la enfermedad al comprobar que la persona a la que quiere ya no es la que era.
- Enfado: suele ocurrir cuando empieza a manifestarse la enfermedad ¿por qué me ocurre esto a mí?, ¿por qué no recibo ayuda de nadie?...
- Depresión: esta enfermedad puede provocar en familiares tristeza, desencanto, desilusión, apatía, fatiga, falta de apetito...
- Soledad: el cuidador se va dedicando cada vez más al enfermo por lo que se aleja del entorno.
- Culpa: aparece cuando se buscan las causas de la enfermedad y provoca recuerdos que le hace sentirse mal (8).

La relación que se establece durante la prestación de cuidados resulta estresante tanto para el cuidador como para el enfermo, siendo a veces éstos últimos los que pagan el precio del estrés de los primeros. Cuanto mayor es el estrés menos adecuados son los cuidados (9).

El bienestar del enfermo depende del propio bienestar del cuidador. No sirve de nada que el cuidador se agote, tanto física como psíquica o emocionalmente. La única consecuencia de esto será una disminución en la calidad de los cuidados que, de todas formas, tendrá que prestar el cuidador a su familiar, por lo que debería obligarse a:

- Descansar: ya que si el cuidador siente que no domina la situación debe tomarse un descanso, este no es un tiempo que le robe al enfermo, sino un tiempo que le hará menos irritable, más disponible y más capaz de prestar el cuidado que ha decidido asumir.
- Disposición de tiempo para el cuidador: es un paso difícil tanto en el plano práctico como en el emocional, pero es un paso decisivo. Es una de las cosas más importantes para poder continuar.
- Relaciones sociales: es preciso que el cuidador encuentre un escape, que hable con otras personas (10).

La familia/ cuidador es el principal punto de apoyo de éstos pacientes, debido a que dedican gran parte de su tiempo a ellos, ya que por su nivel de dependencia, es el cuidador el que proporciona los cuidados necesarios y para ello es preciso que reciba la información adecuada para que la ponga en práctica y obtenga resultados más satisfactorios para el bienestar de ambos.

Uno de los principales problemas de la atención médica es que los pacientes cuyo tratamiento ha terminado, no pueden ser dados de alta en el hospital. Esto sucede a menudo con los pacientes de edad más avanzada, que no pueden cuidar de sí mismos en su casa, viéndose esto aumentado cuando son totalmente dependientes. En Suecia, se hacen grupos de apoyo para familias de ancianos dependientes hospitalizados con un diagnóstico particular (por ejemplo: ACV, cáncer...), se reúnen para obtener información sobre la enfermedad, su evolución y sobre los problemas que pueden presentarse en el momento del alta hospitalaria, así como para recibir asesoramiento y apoyo, siendo los resultados de estos grupos positivos, ya que los cuidadores refieren sobrellevar mejor la sensación de sobrecarga y aprender con los consejos prácticos. Otra práctica que también se suele realizar son los grupos de autoayuda, siendo éstos: conjunto de personas que comparten una situación común y se reúnen para ofrecerse mutuo apoyo y beneficiarse de la experiencia grupal (11).

En nuestro medio no suele ser frecuente la realización de estas prácticas aunque consideramos que sería necesario llevarlas a cabo para una mejor formación del cuidador y por tanto mejores cuidados del enfermo.

## Objetivos

Los objetivos en los que nos basamos para desarrollar el trabajo fueron los siguientes:

- Fomentar la relación cuidador-enfermo.
- Hacer partícipe al cuidador de los cuidados que el anciano requiere, tanto en su estancia hospitalaria como para el alta domiciliaria (Guía de cuidados al anciano dependiente).
- Instruir al cuidador acerca de la necesidad de desconectar de su papel de cuidador para evitar una sobrecarga física y psicológica.

## Metodología y plan de trabajo

La implantación del programa de apoyo al cuidador del anciano dependiente hospitalizado se realizó en los meses de Enero- Febrero del año 2004 en el Hospital Universitario San Rafael de Granada perteneciente a la Orden Hospitalaria de San Juan de Dios, fundada en el año 1586.

Comenzó a funcionar en el año 1878, y la actividad hospitalaria está concertada con la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía y la educativa con la Consejería de Educación.

La plantilla media es de 176 personas entre los que se encuentran: directores, titulados superiores, titulados medios, auxiliares, oficiales y no cualificados, siendo la capacidad de hospitalización de 182 camas (12).

## Criterios de inclusión en el programa

- Pacientes: mayores de 65 años, con un nivel de dependencia total (índice de Barthel <20), ingresados en el H.U. San Rafael de Granada en el período de realización del estudio y que aceptaron voluntariamente o a través de la autorización de sus familiares participar en este programa.
- Familiares/ cuidadores: ser familiar y/o cuidador principal de los pacientes anteriormente descritos y aceptar la participación voluntaria en este programa.

## Material

- Índice de Barthel (Anexo 1)
- Ficha de registro del paciente (Anexo 2)
- Ficha de registro del familiar/cuidador y entrevista (Anexo 3)
- Guía de cuidados al anciano dependiente (Anexo 4)

## Procedimiento

Las actividades de formación iban encaminadas hacia el lazo psicoafectivo (familia), informando al familiar o cuidador principal de cada paciente del programa que íbamos a desarrollar, para averiguar si éste quería formar parte de las actividades.

En la primera toma de contacto con la familia, establecimos la relación familiar-profesional de la salud para así poder llevar a cabo el intercambio de opiniones acerca de la relación que éstos tienen con su paciente. Se hizo de forma individual y, en alguna ocasión, colectiva ya que al encontrarse varios pacientes de estas características en la misma habitación se favorecía el intercambio de opiniones entre los familiares (aquí se recogieron las variables de los familiares/ cuidadores).

Seguidamente se le dio información al familiar hablada (en forma de charlas) y escrita (guías) acerca de la importancia de los cuidados, de la relación cuidador-enfermo y de la necesidad de descarga del cuidador (13). Todo esto orientado desde un punto de vista práctico.

A continuación les facilitamos la Guía de cuidados al anciano dependiente y les motivamos a llevar a la práctica la teoría implícita en estas guías. Esta guía se realizó con el programa Microsoft Publisher para Windows. La guía constó de los cuidados más básicos que se deben prestar al anciano dependiente, sirviendo como primera toma de contacto del cuidador con el enfermo. Los principales apartados tratados fueron: baño/ higiene, movilidad, alimentación, eliminación, detección de síntomas y apoyo al cuidador.

Posteriormente se dejó pasar una semana para que leyeran la guía y nos preguntaran las dudas que les surgieran y, ya para terminar, se les pasó la entrevista final con la que evaluamos la utilidad de esta actividad rellenando nosotras aquellas encuestas que el propio cuidador no podía cumplimentar, para ello les realizamos la encuesta de forma oral.

Según la bibliografía consultada hemos encontrado otros libros de apoyo al cuidador que, aunque suelen ser más complejos en sus contenidos y completos en su desarrollo, consideramos que éstos serían más apropiados tras una primera toma de contacto con los cuidados por parte del cuidador, algunos de éstos libros son: "Enfermos de Alzheimer. Como cuidarlos/ como cuidarse", "El anciano en casa", "Vivir con la enfermedad de Alzheimer", "Alzheimer. Guía para cuidadores y profesionales de atención primaria" y "Cuando las personas mayores necesitan ayuda", entre otros.

## Evaluación del programa

### VARIABLES:

Pacientes: Estas variables se recogieron en la ficha de registro del paciente (anexo 2).

- Edad.
- Sexo

- Diagnóstico clínico principal (aquel que viene dado en la historia del paciente como enfermedad que ha ocasionado el ingreso actual), se agrupó de la siguiente manera: enfermedades neurológicas, enfermedades del sistema óseo, enfermedades degenerativas y otras.
- Índice de Barthel: que se usó para cuantificar el nivel de dependencia, con el propósito de evaluar la capacidad de independencia funcional en pacientes hospitalizados. En el Índice de Barthel (Anexo 1), los individuos fueron puntuados en 10 actividades (comer, lavarse o bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al WC, traslado cama- sillón y subir y bajar escaleras) asignando diferentes valores en cada actividad. Estas puntuaciones se sumaron para dar un resultado global que va desde 0 (totalmente dependiente) a 100 (completamente independiente). Estableciéndose la siguiente estratificación:
  - 100 puntos: autónomo.
  - Entre 60 y 95: dependencia ligera.
  - Entre 40 y 55: dependencia moderada.
  - Entre 20 y 35: dependencia severa.
  - Menor de 20: dependencia total. (16)

Familiares/cuidadores: recogidas en el registro del cuidador/familiar (anexo 3):

- edad
- sexo
- relación con el paciente

Entrevista familiar/cuidador (anexo 3)

Para recoger los datos de las variables, así como el Índice de Barthel, nos basamos en la información recibida por la familia/ cuidador, en la historia clínica y en los conocimientos de nuestra práctica diaria.

### Resultados

Se desarrolló el programa con 8 pacientes y sus cuidadores. El perfil del anciano dependiente fue el siguiente: una media de edad de 79 años con un mínimo de 67 y un máximo de 90 años y desviación típica de 7,191. En cuanto al género, un 25% género masculino y un 75% femenino. El diagnóstico clínico principal más frecuente fue el de enfermedades neurológicas, con un 62,5% entre las que se encuentran fundamentalmente accidente cerebrovascular (ACV) y encefalopatías, seguido de un 25% enfermedades degenerativas (enfermedad de Parkinson) y 12,5% enfermedades del sistema óseo (fracturas de cadera). Con respecto al Índice de Barthel el 100% de los pacientes presentaban una dependencia total, puesto que era criterio de inclusión para el programa.

En cuanto a los cuidadores, tenían una media de edad de 60,25 años con un mínimo de 34 años y máximo de 84 años y desviación típica de 16,272. El género predominante fue el femenino (62,5%) frente al masculino (37,5%). El parentesco más frecuente del cuidador con respecto al paciente que cuida fue el de cónyuge 50% seguido de los hijos 37,5% y otros 12,5% (cuidador informal).

Los resultados referentes a la entrevista que se realizó a los cuidadores fueron los siguientes:

El 100% no habían recibido información de este tipo anteriormente, aunque la consideraban necesaria. El resto de los resultados de la entrevista se muestran en las siguientes tablas:

Tabla 1

<b>¿QUÉ LE HA PARECIDO LA INFORMACIÓN RECIBIDA?</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	BUENA	MUY BUENA
<b>PORCENTAJE</b>	50%	50%

Tabla 2

<b>¿HA APRENDIDO CON LA INFORMACIÓN?</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	ALGO	BASTANTE
<b>PORCENTAJE</b>	25%	75%

Tabla 3

<b>¿QUÉ LE HA PARECIDO EL PROGRAMA EN GENERAL?</b>		
<b>RESPUESTAS</b>	ALGO SATISFECHO	BASTANTE SATISFECHO
<b>PORCENTAJE</b>	25%	75%

## **CONCLUSIONES**

- En España continúa percibiéndose como obligación moral indiscutible de los hijos el hacerse cargo del cuidado de sus padres, pero estamos ante un cambio cualitativo en el modelo de atención en la vejez, motivado por el desarrollo de los servicios sociales y las transformaciones del rol social de las mujeres. La colaboración entre servicios formales y cuidadores es muy escasa por lo que la situación actual, exige un replanteamiento en los servicios sociosanitarios de atención (17).
- Es importante que el cuidador se implique en los cuidados al paciente ya que así se fomenta la relación con el enfermo y se le ayuda a superar el miedo y la idea de no saber actuar con su familiar que se suele dar en las primeras etapas de dependencia de la enfermedad. Esto es importante sobre todo para el momento del alta hospitalaria.
- El cuidador debe tomar conciencia de la necesidad de desconectar de su papel de cuidador, para evitar sobrecarga física y psicológica y que no centre su vida en los cuidados de su familiar si no que dentro de estas limitaciones haga su propia vida.
- Dada la obtención de unos resultados favorables en la evaluación del programa, a pesar de contar con una muestra pequeña, consideramos útil su desarrollo para mejorar la calidad de la asistencia del anciano dependiente y su cuidador.
- Ya para terminar, hacer hincapié en que las actividades de formación orientadas al cuidador del anciano dependiente deberían realizarse más a menudo en nuestro medio sobre todo, en pacientes hospitalizados en los que esta necesidad se ve incrementada y puede ser útil para aumentar la calidad de vida del paciente.

## **BIBLIOGRAFÍA**

1. Pedrero García E. Los mayores: una nueva edad adulta en el siglo XXI. Trabajo monográfico para curso virtual educación para el envejecimiento [en línea]. Tiempo. 2004. [Enero 2004]. URL disponible en: <http://psicomundo.com/tiempo/monografias/mayores.htm>
2. IMSERSO. Campaña año internacional de las personas mayores. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales; 1999.
3. INE. Anuario estadístico. Proyección de la población española para el período 1980-2010. Madrid: INE; 1984.
4. Marcela Contreras I, Patricia Reyes A, Marmolejo M, Reyes Ortiz CA. Calidad de vida para los pacientes adultos mayores en las salas de medicina interna del Hospital Universitario del Valle: el papel de la recreación. En: II Simposio Nacional de vivencia y gestión en recreación. Cali 22-24 de Noviembre 2001. Colombia: Funlibre; 2001.
5. Guillén Llera F, Pérez del Molino Martín J. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Barcelona: Ed Masson; 1994.
6. CEOMA. Acompañar y atender la dependencia de tus mayores. Madrid: Ed. Bayard; 2004.
7. Rodríguez Cabrero G. La protección social de la dependencia. Madrid: Ministerio de asuntos sociales; 2000.
8. Martín García M. Rubio Herrera R. Alzheimer, un nuevo reto social en el siglo XXI. Granada: Excelentísimo Ayuntamiento de Granada; 1999.
9. Lyman KA. Día a día con la enfermedad de Alzheimer. El estrés de los cuidados diarios. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 1998.
10. Selmes J, Selmes M.A, Portera Sánchez A. Vivir con... la enfermedad de alzheimer. Guía práctica Madrid: Meditor; 1990.
11. Kraan RJ, Baldock J, Davies B, Evers A, Johanson L, Knapen Martín, et al. La atención a las personas mayores. Innovaciones importantes en tres países europeos. Madrid: Ministerio de asuntos sociales; 1993.
12. Orden Hospitalaria de San Juan de Dios. Documento básico de colaboradores. Sevilla: Orden Hospitalaria de San Juan de Dios; 1995.
13. Ruiperez I, Llorente P. Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. McGraw Hill; 2002.
14. Baztán JJ, Pérez de Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993;28:32-40.
15. Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: Ministerio de trabajo y asuntos sociales; 1999.

## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestros más sinceros agradecimientos a todas las personas que colaboraron con nosotras, ya que gracias a éstos ha sido posible realizar este trabajo.

## **ANEXO 1**

### **Indice de Barthel**

#### COMER:

- 10 Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, mermelada..., pero es capaz de comer solo.
- 0 Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona.

#### LAVARSE O BAÑARSE:

- 5 Independiente, Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise.
- 0 Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

#### VESTIRSE:

- 10 Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda.
- 5 Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
- 0 Dependiente. Necesita ayuda para las mismas.

#### ARREGLARSE:

- 5 Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna; los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona.
- 0 Dependiente. Necesita alguna ayuda.

#### DEPOSICIÓN:

- 10 Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos él solo. Si lleva colostomía es capaz de cambiar él solo la bolsa.
- 5 Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
- 0 Incontinente. Más de un episodio semanal.

#### MICCIÓN:

- 10 Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, orinal,...).
- 5 Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos.
- 0 Incontinente. Más de un episodio en 24 horas.

#### IR AL RETRETE:

- 10 Independiente. Entra y sale y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
- 5 Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.
- 0 Dependiente. Incapaz de acceder al retrete o de utilizarlo sin ayuda mayor.

#### TRASLADO CAMA/SILLÓN:

- 15 Independiente. No requiere ayuda para levantarse o sentarse en una silla ni para entrar o salir de la cama.
- 10 Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
- 5 Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- 0 Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.

#### DEAMBULACIÓN:

- 15 Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
- 10 Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utilizar andador.
- 5 Independiente en silla de ruedas, en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
- 0 Dependiente. Se le tiene que trasladar.

#### SUBIR y BAJAR ESCALERAS:

- 10 Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
- 5 Necesita o precisa ayuda o supervisión.
- 0 Dependiente. Es incapaz de salvar escalones.

Puntuación total: \_\_\_\_\_

## **ANEXO 2**

### **Ficha de registro del paciente**

Edad: _____
Género: _____
Diagnóstico clínico principal: _____
Puntuación Índice de Barthel: _____

## **ANEXO 3**

### **Ficha de registro del cuidador/familiar y entrevista:**

- Relación con el paciente: \_\_\_\_\_
- Edad: \_\_\_\_\_
- Sexo: \_\_\_\_\_
- ¿Ha recibido información de este tipo anteriormente?  
SI NO
- ¿Qué le ha parecido la información que ha recibido?  
MALA REGULAR BUENA MUY BUENA NS/NC
- ¿Ha aprendido con la información?:  
NADA POCO ALGO BASTANTE NS/NC
- ¿Cree necesaria este tipo de ayuda?:  
SI NO NS/NC
- En general, en relación con el programa de cuidados al paciente hospitalizado, se siente:  
NADA SATISFECHO POCO SATISFECHO  
ALGO SATISFECHO BASTANTE SATISFECHO  
NS/NC
- Observaciones o comentarios:

## **ANEXO 4**

### **Guía de cuidados del anciano dependiente**

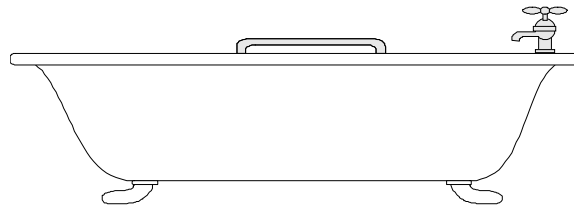
# CUIDADOS AL ANCIANO DEPENDIENTE



## GUÍA



Esta guía va dirigida a familiares y/o cuidadores de pacientes ancianos con un nivel de dependencia importante. La finalidad es que conozcan las necesidades básicas para el cuidado de su paciente.



## **1.- BAÑO/HIGIENE:**

Realizar a diario una higiene meticulosa de la piel, manteniéndola limpia y seca (especialmente en pliegues).

Mantener la piel hidratada usando si es necesario leche hidratante.

Utilizar ropa amplia y cómoda para el paciente, con sistemas sencillos para abrochar.

Vigilar uñas de pies y manos y mantenerlas limpias y cortas.

Mantener el cabello limpio y peinado y con un corte cómodo para el paciente.

## 2.- MOVILIDAD:

Prevenir los problemas que origina la inmovilidad en cama.

- Realizar cambios posturales: estableciendo un plan de cambios (boca arriba y de lado derecho e izquierdo); estimulando al paciente si está consciente a cambiar de postura con frecuencia.

- Realizar ejercicios de movilidad activos o pasivos:

Movilizar las diferentes articulaciones para mantener la fuerza muscular y prevenir rigideces.

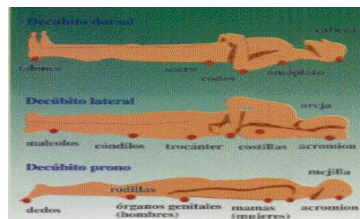
Realizar ejercicios pasivos en los que intervengan todas las articulaciones.

Realizar ejercicios activos que mejoren la función muscular.

- Prevención de las úlceras por presión:

Realizar una higiene meticulosa de la piel manteniéndola limpia y seca.

Colocación de almohadas en las zonas de presión.



Utilización de colchón antiescaras.

Programación de ejercicios de movilización.

Nutrición e hidratación adecuadas.



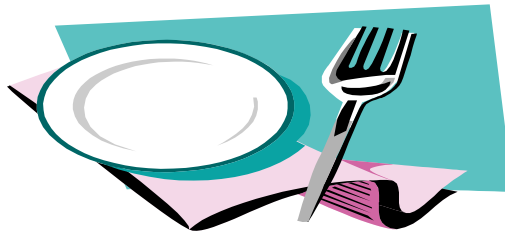
### IMPORTANTE:

Vigilar síntomas precoces de úlceras por presión como enrojecimiento, irritación, palidez localizada, dolor, escozor e inflamación y en caso de aparición de alguno de éstos síntomas, consultar con un profesional.

### **3.- ALIMENTACIÓN:**

Es necesaria una alimentación adecuada que cubra las necesidades del anciano, para que no empeore su estado general.

La textura de la dieta debe adaptarse a cada persona: alimentos de fácil masticación, dietas trituradas y preparados comerciales.



Hay que recordar la necesidad de que el anciano tome la cantidad suficiente de líquidos al día, usando si es necesario, espesantes de líquidos o gelatinas.

El anciano debe estar en posición incorporada y mantenido unos 30 minutos tras la comida.

Es recomendable hacer una higiene adecuada de la boca después de cada comida (aunque el paciente tenga sonda nasogástrica), manteniéndola limpia e hidratada. Sin olvidar la limpieza de la dentadura.

#### 4.- ELIMINACIÓN:

Urinaria: llevar a cabo un control diario de la cantidad de orina tanto si tiene sonda vesical como pañal.

Vigilar la aparición de anomalías.

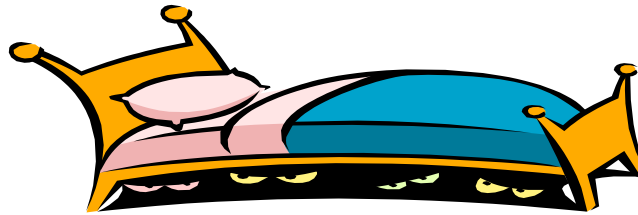
Intestinal: anotar las deposiciones diariamente y en caso de estreñimiento o diarrea, seguir las recomendaciones del personal sanitario.



Es importante mantener la zona genital limpia y seca.

#### 5.- SUEÑO- DESCANSO:

Un descanso adecuado es esencial para el anciano.



Hábitos para favorecer el descanso nocturno:

Entorno tranquilo. Medidas de relajación.

Evitar que duerma durante el día.

En caso de tener medicación prescrita y necesitarla, administrarla.

*NO OLVIDAR REALIZAR LOS  
CUIDADOS SIGUIENDO UN  
MISMO HORARIO Y HÁBITOS, DE  
MANERA QUE SEA MÁS FÁCIL  
PARA USTED Y SU FAMILIAR*



### **DETECCIÓN DE SÍNTOMAS:**

Hay que prestar atención para detectar la aparición de cualquier síntoma que no sea habitual en el anciano, para así tomar las medidas oportunas. Algunas de las alteraciones más frecuentes son:  
Alteración de la temperatura: aumento o disminución considerable de ésta.



Alteraciones digestivas: náuseas, vómitos, dificultad para tragar, diarrea, estreñimiento...

Alteraciones respiratorias: tos, aumento de las secreciones, ahogo...

Alteraciones cutáneas: rojeces, heridas, hematomas, sequedad de la piel...

Alteraciones del sueño: insomnio, pesadillas...



### **APOYO AL CUIDADOR:**

No se olvide de sus propias necesidades, ya que el cuidado de su familiar también depende de su propio bienestar.

Algunas recomendaciones que podrían ayudarle son:

Reparto de tareas entre toda la familia.

Si es un sólo cuidador, barajar la posibilidad de insertarlo en un Centro de Día, invirtiendo éste tiempo en usted mismo.

Plan de descarga familiar.

Ayudas estatales y privadas a través del trabajador social.

Grupos de terapia colectiva.

