

TEMA 1

ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ATENCIÓN ESPECIALIZADA. COORDINACIÓN ENTRE NIVELES ASISTENCIALES. CONCEPTO: CUIDADOS, NECESIDADES BÁSICAS Y AUTOCUIDADOS. EL HOSPITAL Y LOS PROBLEMAS PSICOSOCIALES Y DE ADAPTACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO.

1. Actividades del Auxiliar de enfermería en Atención Primaria y Atención Especializada.

1.1. Cualidades y características.

1.2. Salud, higiene y apariencia personal.

1.2.1. Salud.

1.2.2. Apariencia.

1.3. Funciones del auxiliar

2. Coordinación entre niveles asistenciales.

2.1. Centros y equipo de atención primaria: Definición, actividades, organización.

2.2. Trabajo interdisciplinario: Organización y objetivo.

2.3. Coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

2.3.1. Organización de los cuidados enfermeros en atención especializada:

Unidades estándar de hospitalización. Unidades funcionales.

2.3.2. Unidades de críticos.

3. Cuidados, necesidades básicas y auto cuidado.

3.1. Valoración de la capacidad funcional de los pacientes. A.D.V.

3.2. Cuidados del auxiliar de enfermería.

4. El hospital y los problemas psicosociales y de adaptación del paciente hospitalizado.

4.1. Psicología del usuario.

4.2. Reacciones del sujeto ante la enfermedad.

4.3. Relación auxiliar enfermería-paciente.

ACTIVIDADES DEL AUXILIAR DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA Y ESPECIALIZADA

1. Actividades del Auxiliar de Enfermería en Atención Primaria y Atención Especializada.

La Auxiliar de Enfermería forma parte del equipo Sanitario, encontrándose desde el punto de vista jerárquico (como se demuestra en el organigrama hospitalario), por debajo del Diplomado en Enfermería, DUE.

Se ocupa de atender directamente al paciente desde su ingreso hasta su alta, por este motivo es importante que conozca las cualidades y características de un buen profesional, para así poder trabajar eficazmente con el equipo.

Las funciones del Auxiliar, como todas las que entran dentro de su competencia, pueden ser distintas según el lugar en que desempeñe su trabajo (salas, quirófanos, urgencias etc.)

1.1. Cualidades y características.

El trabajo de un equipo de salud, tiene en común el cuidado del paciente, procurando hacerle su estancia más amena, tanto en el ambiente como en el alivio de sus dolencias, ya sean físicas o psíquicas.

Para realizar correctamente esta labor, requiere:

Formalidad, cumpliendo con seriedad y puntualidad sus obligaciones, tanto a nivel del paciente como de los compañeros.

Consideración: tratando al enfermo con amabilidad y teniendo en cuenta sus sentimientos físicos y emocionales.

Amabilidad: trato agradable con el paciente, controlándose su estado emotivo y sensaciones.

Empatía: procurando ver las cosas desde el punto de vista del paciente y ponerse en su lugar.

Integridad: es preciso que tanto los compañeros como los pacientes puedan depositarle su confianza, que se traduce en una mayor eficacia.

Respeto: el paciente, tiene unos derechos, valores, sentimientos y creencias, que se deben respetar y no someterlos a juicio.

El auxiliar debe cumplir con exactitud las órdenes e instrucciones de sus superiores.

Cooperación: predisposición a ayudar al resto del equipo, que permite un trabajo de mayor calidad.

Entusiasmo, delicadeza, paciencia y discreción, son bases en el ejercicio de su profesión.

El auxiliar debe ser una persona práctica y ordenada, siguiendo un método en su trabajo, que le permitirá un mayor rendimiento.

1.2.- Salud, higiene y apariencia personal.

Estos tres factores, merecen una atención cuidadosa, es imprescindible la pulcritud total, tanto en el vestir y el calzado como en el aspecto personal (cabello, uñas, manos etc.).

1.2.1-Salud.

El ritmo de trabajo es duro generalmente, por lo que es importante exista un equilibrio personal tanto físico como psíquico. Para ello influyen una serie de factores:

Sueño y descanso: fundamental para realizar un buen trabajo. Su carencia produce fatiga y disminuye la capacidad de atención, lo cual influye en el rendimiento personal.

Dieta: es necesaria una dieta equilibrada, las calorías ingeridas durante el día deben estar relacionadas con las consumidas por el trabajo.

Respeto a los fármacos, entre otros efectos, disminuyen la capacidad de atención.

Alcohol: afecta al organismo de diversas maneras, entre ellas la coordinación y la agilidad mental. Por lo que nunca debe presentarse en el trabajo bajo los efectos del alcohol ni tomarlo mientras esté de servicio.

Tabaco: también puede ser perjudicial y molestar a los demás, por lo que se aconseja que el auxiliar nunca debe fumar cerca de los pacientes.

1.2.2- Apariencia.

Para una buena imagen, el uniforme debe estar limpio, planchado y sin roturas. El calzado cómodo, limpio y silencioso. No usar joyas durante el trabajo.

1.3.- Funciones del auxiliar.

Como se ha indicado anteriormente, las funciones serán distintas con relación al servicio en el que desempeñe su trabajo. Generalmente son:

Se encargará de revisar la limpieza de la habitación del enfermo, comprobando que tenga una ventilación e iluminación correcta y una buena desinfección.

El auxiliar, recibe al enfermo, que ya tiene la habitación y cama asignada por el servicio de admisión, le acompaña a ella, le explica el uso del timbre, la luz frontal, los horarios de visita etc., le ayuda a ordenar sus objetos personales y avisa a la enfermera.

Se encarga de hacer la cama del enfermo, ya esté desocupada u ocupada, evitando molestar el mínimo al paciente. La cama debe quedar limpia, seca y sin arrugas.

Realizará la higiene y aseo del enfermo, procurando que esté siempre limpio. Sus funciones dependerán de que el enfermo sea autónomo o no.

Si el enfermo es autónomo y puede levantarse de la cama, el auxiliar, se limitará a prepararle los utensilios de higiene, la ropa limpia, las toallas y comprobará la temperatura del agua, ayudándole en todo lo que necesite.

Por el contrario, si es paciente encamado, el auxiliar es el encargado de realizar el aseo completo en la cama, pidiendo la colaboración de otro miembro del equipo de enfermería.

Le facilitará los medios para realizar sus necesidades fisiológicas, cuñas, o botellas, que posteriormente limpiará. Distribuye y administra las comidas, controlando la dieta de cada paciente, ayudándole a comer si el enfermo lo necesite.

Prepara al enfermo para su traslado, procurando movilizarlo y transportarlo con suavidad.

Prepara al enfermo para las exploraciones que correspondan.

Ayuda a la administración de medicamentos bajo la supervisión de enfermería.

Nunca debe administrar medicación vía parenteral.

Coloca sondas y enemas.

Ayuda a recoger muestras de orina, heces, esputos etc.

Ayuda a la toma de constantes vitales: temperatura, pulso, frecuencia respiratoria y tensión arterial. Mantiene limpios los aparatos.

Observa continuamente el estado del paciente, avisando a enfermería cuando haya alguna anomalía.

Independientemente de estas funciones, el auxiliar se encarga siempre del mantenimiento del material, instrumental y aparatos clínicos, sea cual fuere el servicio donde trabaje.

2. Coordinación entre niveles asistenciales.

2.1.-Centros y equipo de atención primaria: definición, actividades, organización.

La práctica médica individual y aislada, tiende cada vez más a desaparecer y la realización de sus funciones en grupo es cada vez mayor, ya que no solo se obtiene una mejor rentabilidad en la utilización de locales, instrumental o personal auxiliar, sino que también se establecen mecanismos de comunicación entre los distintos componentes del equipo, referidos a problemas diagnósticos, terapéuticos o de otra índole que se planteen como resultado de la actividad clínica.

No hay que confundir la agrupación médica, con el equipo de APS. Mientras que el grupo médico tiene como objetivo principal la atención de enfermos de forma individual, desde un punto de vista clínico y con actividades exclusivamente médicas, el equipo de APS, quiere hacerlo desde una perspectiva multidisciplinar y comunitaria, con unos objetivos de prevención y promoción de la salud, así como en aspectos sociales, económicos y culturales que son propios de la población atendida.

Definición:

Un equipo APS, se define como el grupo de personas que realizan diversas funciones, con una metodología compartida y dirigida a un objetivo común.

Los miembros del equipo APS, tienen asumidas sus propias funciones, los intereses comunes de la sociedad que atienden, su organización es flexible y consensuada con una coordinación de técnicas y conocimientos y comparten la responsabilidad de los resultados.

Antes del inicio de las actividades asistenciales, el equipo APS que consta de profesionales de distinta formación académica, tiene que tener un período en el que pueda analizar los objetivos, la organización, los métodos de trabajo y la división fundamental de responsabilidades y tareas, desde los distintos puntos de vista de sus componentes. Este período no puede ser inferior al mes, aunque en la práctica, en muchas ocasiones, no es así.

Durante este tiempo, es preciso analizar las metas y las tareas que se pretenden conseguir, los papeles a desempeñar por cada miembro, los procedimientos que se usarán y como se resolverán las conflictivas relaciones interpersonales que seguramente surgirán. En este apartado no se tienen que ahorrar esfuerzos de clarificación, ya que de ello dependerá el futuro del propio equipo. En muchas ocasiones, se precisa la ayuda de un consultor experto en la formación de equipos que pueda realizar un diagnóstico de los problemas principales y aportar soluciones.

Entre los profesionales sanitarios, existen fuertes tendencias hacia el marcaje de límites de actuación de cada grupo. Dado que determinadas actividades pueden ser llevadas a cabo por diferentes categorías profesionales, a la hora de plantearse el desarrollo de verdaderos equipos de APS, se encuentran serias dificultades, al aparecer rigideces y disfunciones importantes. Cuando los componentes de un equipo, se sienten partícipes de los objetivos, actividades, resultados y pueden aportar sugerencias, puede decirse que funciona.

Composición:

La composición de un equipo de APS, se ajustará siempre a las características concretas del sistema y de la comunidad a la que atiende y se definirá siempre por su forma organizativa, no por el tipo de profesionales que la constituyen.

Es preciso hallar el punto de equilibrio que permita la adaptación del equipo a las necesidades de una determinada área de salud y que las disposiciones legales o de carácter administrativo que actúen sobre él, no pretendan definir rígidamente su composición y actuación, sino que lo hagan de forma flexible.

Para establecer el número y tipo de los componentes de los equipos de APS, puede utilizarse el criterio de organización piramidal: la base es el médico general, seguido de los pediatras, otros especialistas, enfermeras, matronas, auxiliares de clínica, farmacéuticos, veterinarios, asistentes sociales y personal auxiliar complementario.

En Cataluña concretamente la composición del equipo incluye a los odontólogos-estomatólogos y en cambio sitúa como colaboradores a los farmacéuticos y matronas sin mencionar específicamente a los veterinarios.

Las necesidades de salud de la población y sus problemas prioritarios, constituyen uno de los criterios esenciales en la formación de los equipos APS.

El núcleo básico del equipo, es el formado por todos aquellos profesionales imprescindibles para desarrollar los objetivos: médicos, personal de enfermería, trabajadores sociales, administrativos y personal no sanitario.

Otros tipos de equipos podrían ser:

Equipo intrínseco: sus componentes no están prefijados y se determinan de forma transitoria, en relación con las tareas que han de llevar a cabo, disolviéndose una vez finalizadas las mismas y en el que se podrían incluir a los propios pacientes y a sus familiares.

Equipo funcional: formados para coordinar determinados temas asistenciales u organizativos.

Unidad de Atención Familiar: cuya estructura está formada por el médico de familia, el profesional de enfermería y el propio paciente.

Se atiende a un grupo fijo y determinado de familias, y en su seno se desarrollan todas las funciones y actividades propias del equipo de APS.

Organización:

Los factores que influyen en la composición del equipo APS son:

Situación política, económica y la infraestructura sanitaria:

Delimita las características de todos los elementos del sistema de salud del país.

En los países con menor grado de desarrollo económico, hay que tener en cuenta las características concretas de la población en cuanto a las necesidades de salud, la forma de organización general y sanitaria, sin olvidar la distribución geográfica de sus individuos.

Necesidades de salud: marcan la composición y funciones de los equipos. En los países subdesarrollados, los problemas pueden ser muy distintos que en los países industrializados. En los primeros, las prioridades pueden ser el saneamiento básico, la potabilización del agua y de los alimentos y en los segundos, pueden ser la contaminación ambiental y los hábitos de vida.

Disponibilidad de profesionales sanitarios titulados: escasa en los países subdesarrollados y en los que, con un previo adiestramiento y supervisión periódica, pueden desarrollar las tareas, profesionales de carácter intermedio, para enfocar y solucionar los principales problemas de salud de la población atendida.

Estructura poblacional: edad (población infantil, ancianos), distribución geográfica (rural o urbana). En España se ha establecido una división de responsabilidades entre los médicos que atienden a los adultos y los pediatras, al contrario que en otros países en que el médico de familia, actúa sobre toda la población a su cargo, independientemente de la edad de sus miembros.

Colaboración con otros profesionales: epidemiólogos, estadísticos, especialistas en demografía, administración de salud, etc.

2.2 Trabajo interdisciplinario: organización y objetivos.

El equipo APS, tiene que asumir todas las funciones dirigidas a mejorar la salud individual y colectiva del grupo de población que tiene adscrito.

Los profesionales tienen que identificarse con su entorno demográfico, social, geográfico y epidemiológico. Si no se produce este hecho, será imposible objetivar los problemas y prioridades en este marco concreto y se cuestionará de entrada, su eficacia y eficiencia.

No ha de entenderse como un conjunto de profesionales que desarrollan actividades y tienen objetivos comunes, sino como la base de una metodología concreta de trabajo, para conseguir los objetivos marcados.

Cada profesional ha de desarrollar y responsabilizarse de unas actividades concretas que pueden ser compartidas con otros miembros, sin establecer conflictos de competencia entre ellos:

Trabajo coordinado y sin jerarquías de los distintos profesionales: la titulación no lleva consigo un grado de jerarquía. Las funciones y actividades de cada componente, no se han de delimitar por su titulación, sino por la propia competencia y necesidades de la población.

Trabajo programado: con independencia de las actividades que tiene que desarrollar el equipo APS, establecer actuaciones programadas es el método idóneo para cumplir los objetivos marcados.

Participación de todos los componentes: en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades a desarrollar. Constituir comisiones o grupos de trabajo, para el desarrollo de tareas concretas.

Organización:

La organización básica de los equipos de APS, responde a tres tipos principales: la asistencia a demanda (con o sin cita previa), la programada y la urgente. El equilibrio entre ellas, definirá la accesibilidad de los servicios sanitarios. El acierto en la programación y protocolización interdisciplinar, principalmente en la atención de procesos crónicos, en las consultas y/o los domicilios, evitará su utilización innecesaria.

Objetivos:

El trabajo interdisciplinario tiene como objetivos:

Asistencia: visita al enfermo en el centro o en el domicilio, en sus tres modalidades: de forma espontánea, programada y urgente.

Promoción de la salud: educación sanitaria individual y colectiva, realizada: en el centro de salud, en escuelas o mediante campañas educativas.

Prevención de la enfermedad: en grupos de riesgo, vacunaciones, etc.

Funcionamiento interno: formación continuada, organización interna, política de calidad y evaluación, docencia e investigación y por último gestión.

Niveles de actuación:

Atención primaria: punto de entrada al sistema sanitario, incluye el mantenimiento de la salud y actividades para la prevención de la enfermedad.

Tienen servicios de diagnóstico y tratamiento y pueden o no, estar adscritos a un hospital.

El rol de la enfermera es similar al de una enfermera practicante o de consulta médica.

Los centros de crisis, aportan los servicios de urgencia, para atender a pacientes con crisis vitales, Pueden operar fuera de un hospital o en la comunidad, dando servicio de 24 horas y su intención es luchar contra una crisis inminente y dar guía y apoyo en una terapia a largo plazo.

Atención secundaria: previene las complicaciones en las condiciones de enfermedad, enfocando su actuación al tratamiento de disfunciones temporales que requieran hospitalización, pero no servicios altamente cualificados e intervenciones de alto riesgo. Los establecimientos que dan atención secundaria, incluyen hospitales, geriátricos y centros de atención ambulatoria.

Atención terciaria: llamada también rehabilitación o atención a largo plazo, es provista de atención sanitaria domiciliaria, ayudas de atención a largo plazo y centros de rehabilitación. Incluyen servicios de contacto directo, con atención al cliente y el propósito de administrar un tratamiento o unas medidas de atención de enfermería, valoración, enseñanza, consejo o planificación de los cuidados y de contacto indirecto en la atención domiciliaria que incluye las medidas para facilitar los servicios directos en la práctica de enfermería.

2.3- coordinación entre los distintos niveles asistenciales.

En las fases iniciales de funcionamiento de un equipo de alud, no será posible poner en marcha desde el primer días todas y cada una de las funciones y actividades descritas. Es preciso evitar caer en este error, diseñando un organigrama de plazos y tipos de actividades a realizar, con la colaboración de todos los miembros que sea realista y evitando frustraciones si no pueden realizarse todas ellas.

Un ejemplo podría ser:

De 0 a 5 meses: racionalizar la demanda, organizar inicialmente el equipo.

De 5 a 12 meses: analizar la situación de salud, visita domiciliaria programada, docencia reglada, participación ciudadana, coordinar y reorganizar del equipo.

12 meses en adelante: diseñar programas de salud, garantías de calidad.

La coordinación de los distintos niveles asistenciales de APS, necesita el apoyo de un área muy importante en el centro de salud: admisión y atención al usuario (mantenimiento del sistema de citas, registros, reclamaciones).

Es el primer contacto con el centro y puede condicionar positiva o negativamente los resultados finales del proceso asistencial.

Es importante la figura de un coordinador del equipo de salud, aunque ha sido muy controvertido en España. Unos opinan que debe actuar como portavoz, ante la administración y tiene que tener las mínimas competencias y otros piensan que tiene que ser un verdadero director de equipo con amplias facultades de decisión en la planificación y gestión de recursos.

2.3.1. Organización de los cuidados enfermeros en atención especializada: unidades estándar de hospitalización. Unidades funcionales.

Las áreas hospitalarias se delimitarán con arreglo a criterios geográficos, demográficos de accesibilidad de la población y la eficiencia para la prestación de la asistencia especializada.

Como unidades funcionales pueden destacar:

Consultas externas ubicadas en hospitales.

Centros periféricos de Especialidades, dependientes de los Hospitales y que prestan asistencia especializada a la población en Consultas Externas.

Centros de Salud y excepcionalmente en domicilio, a los casos especiales.

Los Hospitales se clasificarán:

Hospitales Generales Básicos: ámbito de actuación el Área Hospitalaria donde se hallen adscritos.

Hospitales Generales de Especialidades.

Hospitales Generales, a los que podrán ser adscritos otros centros cuya función asistencial tenga por finalidad una atención que requiera media o larga estancia.

La Dirección de Enfermería de los hospitales se encarga de definir y desarrollar los objetivos de enfermería en el Hospital o Centro, tanto en programas, control asistencial, como en docencia e investigación.

La Junta de Enfermería se configura como órgano asesor de la Dirección de Enfermería, su composición variará según necesidad y características de los Servicios y Unidades integradas en la mencionada Dirección. El 50% de sus integrantes se elegirán por votación directa entre el personal de enfermería. La Junta de Enfermería asumirá las funciones siguientes: asesorar a la Dirección de Enfermería sobre la planificación y organización de los Servicios y Unidades de Enfermería y velar por la calidad asistencial.

2.3.2. Unidades de críticos.

La unidad de cuidados intensivos, está diseñada y equipada para cubrir las necesidades del paciente en situaciones de compromiso vital.

Está ubicado normalmente en un espacio circular con el puesto de observación de enfermería en el centro para poder ver los pacientes fácilmente. Los pacientes estarán separados en cubículos independientes o en una zona común separada por cortinas.

El instrumental de diagnóstico, debe estar colocado en un lugar accesible, para todos los componentes del equipo.

Los pacientes pueden llegar por tres vías principales: servicio de urgencia, traslado desde otro departamento o ingreso postoperatorio, tras una intervención quirúrgica.

Es preciso, con la información de los familiares, realizar una historia precisa y detallada.

El objetivo de enfermería es proporcionar cuidados permanentes vigilancia continuada a los pacientes en situaciones de compromiso vital, atendiendo a la necesidad fisiológica, psicológica y social del mismo, en cuanto a ser humano integral.

3. Cuidados, necesidades básicas y auto cuidados

3.1 Valoración de la capacidad funcional de los pacientes. A.V.D.

La dependencia en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) se relaciona con la mortalidad y con la necesidad de institucionalización de los pacientes y sobre todos de los pacientes geriátricos.

Con una valoración exhaustiva de la capacidad de los pacientes para poder llevar acabo las actividades que se realizan de forma normal y cotidiana, se identifica las áreas en las que el paciente necesita ayuda para poder realizarlas, y a veces con una buena motivación y ayuda inicial pueden volver a recuperarlas.

Esta valoración si se realiza en plan comunitario, nos permite ver las áreas más necesitadas de recursos sanitarios y sociales, y hacer posible una mejor organización y coordinación de los recursos sociales y sanitarios.

Podemos distinguir dos grandes áreas de evaluación las AVD Básicas y las AVD Instrumentales:

AVD Básicas

Estas miden los niveles más elementales de la función física. Es decir la capacidad de llevar a cabo las actividades que se realizan de forma habitual en nuestra vida diaria. AVD (Actividades de la vida diaria). Se valoran las capacidades que tenga la persona para poder realizar actividades sencillas como:

- Alimentación.
- Aseo.
- Movilización.
- Contención de esfínteres.

Para valorar la realización de estas actividades se utilizan escalas donde se observa el grado de dependencia o independencia que tenga para poder realizar estas actividades. Hay numerosas escalas pero la más utilizada es la **escala de Katz**.

Hay otra escala también muy utilizada que es la escala de Barthel, en esta se valoran las anteriores actividades y además la de caminar y la utilización de las escaleras.

La pérdida de estas funciones se produce de forma ordenada en sentido inverso a como se adquirió en la infancia. Es decir se pierde primero la capacidad de realizar las actividades que se aprenden en último lugar en la infancia. Su valoración es extremadamente importante en los ancianos para poder prestarle una atención integral, y basada en la pérdida específica de algunas capacidades.

AVD Instrumentales.

Son actividades más complejas, que suelen implicar un mayor grado de independencia. Su valoración es muy útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de una persona.

Existe una diferencia entre las AVD básicas y las instrumentales: En las básicas se realizará la actividad sin ayuda siempre que pueda hacerlo, sin embargo en las instrumentales, esto puede no ser cierto ya que la persona puede preferir que lo realicen otras personas porque le resulta más cómodo o lo puede dejar de hacer para llamar la atención.

En esta se mide la capacidad de las personas para realizar las siguientes actividades:

- Uso de transporte.
- Telefonar.
- Manejar dinero.
- Limpiar y organizar la casa.
- Ir de compras.
- Utilización correcta de la medicación.

La escala más utilizada es la de **Philadelphia Geriatric Center** y la de **Lawton**.

Todas estas escalas que se utilizan para la valoración de la independencia de las personas son objetivas. Son un medio rápido para acceder a una información importante dentro de la evaluación global del paciente.

Para utilizar las escalas correctamente, deben tenerse en cuenta algunos hechos:

Deben elegirse las escalas más adecuadas al ámbito de trabajo y al tipo de enfermos que se van a ver.

Sólo deben aplicarse escalas ya validadas en la literatura científica. Es preciso conocer si la escala es aplicable a personas del nivel cultural y socioeconómico del que nos ocupemos.

Existen escalas para ser aplicada por el propio paciente, por un miembro de su familia o por distintos profesionales sanitarios.

Índice de Katz de independencia en las actividades de la vida diaria

A. Independiente en la alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.

B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.

C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.

D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.

E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.

F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.

G. Dependiente en las seis funciones.

Otros Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

Independiente significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función aunque se considere capaz.

Bañarse (con esponja, ducha o bañera) *Independiente*: necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

Dependiente: necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo; necesita ayuda para salir o entrar en la bañera o no se lava solo.

Vestirse *Independiente*: coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, se pone adornos y abrigos; utiliza cremalleras; se excluye atarse los zapatos.

Dependiente: no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

Usar el retrete *Independiente:* accede al retrete, entra y sale en él; se arregla la ropa; se limpia los órganos excretores (pueden utilizar o no soportes mecánicos)

Dependiente: usa el orinal o cuña o precisa ayuda para acceder y utilizar el retrete

Movilidad *Independiente:* entra y sale de la cama, e sienta y levanta de la silla independientemente (puede usar o no soportes mecánicos)

Dependiente: precisa ayuda para utilizar la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos.

Continencia *Independiente:* control completo de micción y defecación.

Dependiente: incontinencia urinaria o fecal parcial o total; control total o parcial mediante enemas, sondas, o el uso reglado de orinales y/o cuñas.

Alimentación *Independiente:* lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación el cortar la carne y la preparación de la comida, como untar mantequilla en pan).

Dependiente: precisa ayuda para el acto de alimentarse véase arriba); no come en absoluto o nutrición parenteral.

ESCALA DE VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA: INDICE DE KATZ

Apellidos y Nombre:

Fecha:

Preguntas	Puntuación
Lavarse	0 Necesita ayuda 1 No necesita ayuda
Vestirse	0 Necesita ayuda 1 No necesita ayuda
Uso del servicio	0 Necesita ayuda 1 No necesita ayuda
Levantarse/Acostarse	0 Necesita ayuda 1 No necesita ayuda
Control de esfínteres	0 Necesita ayuda 1 No necesita ayuda
Comer	0 Necesita ayuda 1 No necesita ayuda
<i>Paciente no dependiente: 6 puntos. Paciente dependiente total: 0 puntos</i>	

**AVD BÁSICAS. INCIDE DE BARTHEL**

		PRE-INGRESO	ENTREVISTA	ALTA
COMER				
Autónomo	10			
Con ayuda	5			
Dependiente	0			
BAÑO				
Autónomo	5			
Con ayuda	0			
HIGIENE PERSONAL				
Autónomo	5			
Con ayuda	0			
VESTIRSE				
Autónomo	10			
Con ayuda	5			
Dependiente	0			
CONTROL ANAL				
Ningún problema	10			
Algún accidente	5			
Incontinente	0			
CONTROL VESICAL				
Ningún problema	10			
Algún accidente	5			
Incontinente	0			
USO DE WC				
Autónomo	10			
Con ayuda	5			
Dependiente	0			
TRANSFERENCIA SILLA-CAMA				
Autónomo	15			
Ayuda mínima	10			
Autónomo en silla de ruedas	5			
Dependiente	0			
ANDAR				
Autónomo	15			
Ayuda mínima	10			
Autónomo en silla de ruedas	5			
Dependiente	0			
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS				
Autónomo	10			
Con ayuda	5			
No puede	0			
TOTAL				



AVD BÁSICAS. INCIDE DE BARTHEL

Autónomo:	100
Dependencia parcial:	61-99
Dependencia Moderada:	41-60
Dependencia Grave:	21-40
Dependencia Total:	0-20

Cronología:

I: Independiente;

A: Aguda; menos de un mes.

S: Subaguda: 1-6 meses.

C: >6 meses.

**ESCALA DE PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER DE ACTIVIDADES****INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA**

Capacidad para utilizar el teléfono	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono en absoluto.	0
Ir de compras	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia.	1
2. Compra pequeñas cosas con independencia.	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra.	0
4. Completamente incapaz de ir de compras.	0
Preparación de la comida	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.	1
2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes.	0
3. Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada.	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida.	0
Cuidar la casa	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (trabajos duros, ayuda doméstica)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas.	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa.	0
5. No participa en ninguna tarea domestica	0
Lavado de la ropa	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal.	1
2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	1
3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado.	0
Medio de transporte	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche.	1
2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos.	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.	0
5. No viaja en absoluto.	0
Responsable sobre la medicación	
1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas.	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas.	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	0
Capacidad de utilizar el dinero	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3. Incapacidad de manejar dinero.	0
Puntuación (de un máximo de 8)	



3.2. Cuidados del auxiliar de enfermería

Los cuidados que se tiene que prestar a estos tipos de pacientes están en relación con el tipo de dependencia que posean.

Se debe ayudar a las personas que tengan una independencia parcial en la realización de una o varias actividades o funciones. Pero haciendo más hincapié en fomentar y estimular a la persona para que poco a poco vaya recuperando la dependencia si es posible de las funciones que han perdido.

A veces la pérdida de estas funciones no puede ser recuperable ya que se producen de forma irreversible como consecuencia de múltiples patologías o por el propio proceso de envejecer. En este caso se tendrá que suplir los cuidados, intentando que el paciente pueda colaborar en todo lo posible y que se siga sintiendo útil.

4. El Hospital y los problemas psicosociales y de adaptación del paciente hospitalizado

4.1. Psicología del usuario

Cuando el organismo se altera, el individuo percibe cambios y los interpreta como *enfermedad*, suponiendo un impacto para **él**, que ha de adaptarse a su nueva condición.

Toda *enfermedad*, representa una situación crítica, muchas de ellas discapacitantes, lo que provoca un estado de dependencia, de riesgo, de temor al fallecimiento a la soledad etc., todo ello conlleva a trastornos del humor y puede ser causante de síndromes depresivos, etc.

4.2. Reacciones del sujeto ante la enfermedad

Angustia: Problema frecuente, el individuo profundiza en su enfermedad, quiere llegar al último recoveco y nada más que la *angustia* para conducirlo. El hombre deja entonces de estar distraído con lo cotidiano, para preguntarse por **él** mismo, por el sentido de la vida y por esa serie de interrogantes que laten a su alrededor y que necesitan respuesta.

Puede distinguirse la *ansiedad* como *sentimiento de incomodidad* (miedo, aprensión, nerviosismo etc.) ante algo evidente, objetivo y palpable.

Negación: Entre los numerosos mecanismos de nuestra personalidad que defiende su integridad frente a los acontecimientos, uno de los más primitivos es la *negación*. El enfermo enflaquecido, no se ve tal cual es. Guarda de si mismo una imagen halagüeña aunque caduca y tiende a negar ciertos aspectos de su situación real, así como la posibilidad de la muerte (que lógicamente debería ser aceptada como una consecuencia posible de la enfermedad). Consiste en minimizar los síntomas, quitarles importancia e incluso negarlos.

Aceptación de la enfermedad: Suele coincidir con el establecimiento del diagnóstico de la misma. Cuando un individuo cae enfermo se modifica su situación: lo que a partir de ese momento se espera de él que se cuide. La sociedad le protegerá, pero en contrapartida, le colocará en una situación de dependencia. Las reacciones anómalas que pueden darse en una enfermedad son:

a) **Hipocondría:** El enfermo dedica toda su preocupación a la enfermedad, exagera su importancia, imaginando, incluso sintiendo síntomas inexistentes. Es propio de personalidades *egocéntricas* y narcisistas, que utilizan la enfermedad como centro de atención.

b) **Depresión:** Es frecuente en enfermedades de larga duración o crónicas que requieren hospitalizaciones largas. El enfermo pierde el apetito, está triste, no tiene interés, etc. Precisa y es importante el apoyo de su entorno.

c) **Reivindicación:** Aparentar una enfermedad que realmente no existe, se manifiesta generalmente cuando por el origen de la enfermedad o por sus consecuencias pueden derivarse compensaciones socioeconómicas.

d) **Proyección:** Es típica de personalidades paranoicas. El paciente hace responsable al médico de su lenta enfermedad, utilizando elementos agresivos no reales, pero de los cuales él está convencido.

4.3. Relación auxiliar enfermería-paciente

El paciente, inseguro a su ingreso, pide fundamentalmente ser *acogido, escuchado y comprendido*, la relación terapéutica con el paciente va más allá de la “rutina” en aplicación de técnicas y conocimientos. Debe establecer una relación cálida y de seguridad que transmita una sensible empatía hacia los sentimientos del paciente, asegurándole sus necesidades.

Ante la necesidad de seguridad

Sufrir una enfermedad, es una situación de temor y ansiedad ante lo desconocido y a convertirse en un número perdiendo su identidad.

La metodología a seguir, es ofrecer una explicación correcta y adecuada, para así establecer una seguridad y consecuentemente se produce una tranquilidad y se enriquece la relación personal.

Ante la necesidad de autoestima

La enfermedad representa una amenaza al auto estimación y al auto imagen de la persona. Hundido en un estado de dependencia al que no suele estar acostumbrado, el paciente no puede satisfacer sus necesidades humanas más básicas. Es de suma importancia para aumentar la auto estimación, el respeto a la intimidad y el pudor del enfermo.

El auxiliar de enfermería debe estar pendiente de las limitaciones físicas y ayudar al paciente para que no las rebase. Si el enfermo entiende la razón de las restricciones, colaborará gustosamente.

Mejorar la ansiedad

Es importante conocer el mensaje que nos trasmite el paciente, tanto verbal como no verbal (gesticulaciones, miradas etc.), debemos permitirle que exprese sus temores o dudas y dar respuestas honestas a sus preguntas, escuchándole en “actitud activa “ que significa no sólo oír, sino escuchar utilizando todos los sentidos.

Atender las necesidades ambientales

El auxiliar de enfermería puede contribuir a mejorar el ambiente del paciente suprimiendo estímulos desagradables (ruidos desagradables, luces brillantes etc.) El interés por la seguridad del paciente se puede demostrar por acciones tan simples como brindando explicaciones apropiadas en cada situación.

Ante la necesidad de sentirse apreciado como persona

La sensibilidad está aumentada en una persona hospitalizada. Se puede expresar interés por el paciente de diferentes maneras, por ejemplo tocándolo con delicadeza, escuchándolo con atención. Antes de que un enfermo se acepte a sí mismo, debe sentir la aceptación de los demás.

