

II^{as} JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA



VIERNES, 8 DE MAYO

"ATENCION DIRECTA DE ENFERMERIA AL ANCIANO" EXPERIENCIA DE UN PROGRAMA DE VISITA DOMICILIARIA EN LA PROVINCIA DE VALLADOLID

DÑA. VIRTUDES NIÑO MARTIN

Diplomada en Enfermería Prof. Asociado Enfermería Geriátrica EUE. Valladolid Directora de Enfermería de A.P.

DÑA. Mº NELA PRIETO

Agradecemos la oportunidad brindada por el Comité Organizador de estas Jornadas, a exponer un tema que nos parece de suma importancia a la vista de la evolución demográfica en nuestro país y del desarrollo de la profesión de Enfermería en el campo de la Geriatría.

El lema de estas Jornadas **"Envejecer en salud: Un reto para la Enfermería"** nos ha hecho pensar como enfocar la Atención Directa de Enfermería al anciano desde un prisma **PREVENTIVO**.

El concepto de prevención en la vejez es especialmente difícil de promover, ya que hace frente a los actuales estereotipos negativos de la vejez, que invita a que se puede hacer poco frente al deterioro y dependencia que se produce en el envejecimiento,

Afortunadamente esta actividad va desapareciendo entre los profesionales de salud haciéndose cada vez más consciente, y tomando más protagonismo el término de prevención, porque a través de la misma podremos hacer frente a las demandas de las publicaciones envejecidas en un futuro que se va haciendo presente en algunas sociedades occidentales.

La oficina regional de la O.M.S. fijó en su plan quinquenal para Europa los siguientes objetivos:

- Prevenir la pérdida innecesaria de aptitudes funcionales.
- 2.- Mantener al anciano en su hogar si así lo desea.
- 3.- Brindar respaldo a la familia del anciano.
- 4.- Proporcionar asistencia de buena calidad a largo plazo.
- 5.- Contribuir a que el anciano tenga una buena calidad de ada y una muerte digna.

En este sentido se enfocarían los objetivos de la prevención en anciano relacionados más con la calidad de vida que con su prolongación.

A PARTIR DE CUANDO PODEMOS COMENZAR LA PREVENCION

Las situaciones de incapacidad y muchas de las enfermedades que sufre el anciano, son suceptibles de prevención en mayor amenor grado, pero para que la prevención sea realmente efectible debe comenzar en edades tempranas de la vida, no solo porque algunas enfermedades infantiles pueden dejar secuelas que decten especialmente en edades tardías de la vida, sino porque en la infancia y juventud cuando se adquieren los hábitos y se modelan los estilos de vida (sedentarismo, alcoholismo, tabaquis-

Aunque lo idea es lo anteriormente comentado existen posibilidades de prevención en la ancianidad en varios frentes:

Pérdida de aptitud física

Con el paso del tiempo la persona va perdiendo aptitudes físicos por la falta de ejercicio físico, el sedentarismo, la inactividad consiguiendo que el adulto vaya perdiendo progresivamente resisencia, flexibilidad, fuerza y destreza, que hubieran podido manteese durante mucho más tiempo con un entrenamiento adecuaes decir realizando una vida activa.

2.- Los problemas sociales

Entre los problemas sociales más frecuentes en la ancianidad mos encontramos con:

- Soledad
- Vivienda
- Pérdida de posición social y económica
- Desconexión con el medio-ambiente.

Frente a estos problemas la actuación preventiva más eficaz es la de fomentar las redes sociales, ya que otras medidas como viviendas adecuadas, pensiones dignas dependen de la política de los gobiernos y no está al alcance de la intervención que la profesión de Enfermería pudiéramos realizar.

Recientemente se ha descrito que la soledad es un factor de riesgo importante de aumento de morbilidad. Disponer de un soporte social fiable, ya lo ofrezca la familia, los amigos o los Centros comunitarios, aumenta la longevidad y la calidad de vida.

 La enfermedad, en los distintos niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria.

ACTIVIDADES PREVENTIVAS

a) Actividades de prevención primaria

Como es de todos conocido la Prevención Primaria es la verdadera forma de prevención, a través de la cual evitamos la aparición de la enfermedad.

Existen dudas por parte de muchos sanitarios acerca de la eficacia del intento de persuasión al anciano en el cambio de sus hábitos, que aunque nocivos, pueden reportarle algún tipo de satisfacción inmediato frente al posible beneficio en un futuro incierto. Sin embargo está demostrado que disminuye la mortalidad en determinadas patologías al disminuir los factores de riesgo.

El estudio de Nelson sobre el impacto de un programa de E.P.S. en las personas ancianas demuestra que, mientras que es relativamente fácil mejorar los conocimientos que los ancianos tienen sobre los problemas de salud más corrientes y de las soluciones para los mismos, la modificación de los comportamientos es mucho más difícil de obtener. Hay que ser prudente antes de emprender y de generalizar programas de E.P.S. para ancianos sin embargo, en el marco de una aproximación individual, parece recomendable que la enfermería aborde sistemáticamente el consejo a propósito en:

1.- La recuperación de la autoestima del anciano en el seno del grupo familiar, y como miembro de pleno derecho en la comunidad, necesaria para el equilibrio, estabilidad del anciano y salud del anciano. Un anciano respetado, considerado, querido, estimado, integrado es un anciano seguro, feliz y mucho más saludable. Siendo por tanto la familia y la comunidad responsables de esta actividad de prevención.

2.- Alimentación adecuada.

Pensando en la desnutrición frecuente entre nuestros ancianos, favorecida por multitud de problemas (carencia de medios, problemas bucodentales, limitaciones físicas, soledad...).

3.- Prevención de accidentes.

Los ancianos junto con los niños son las primeras víctimas de accidentes domésticos, que están aumentando en nuestro país de forma importante condicionados por déficit auditivos, visuales y mentales, sin olvidarnos de la automedicación. La prevención de caídas, detector de humos, buena señalización visual y auditiva... pueden ser medidas para prevenirlos.

- 4.- Evitar el consumo de tabaco y alcohol.
- 5.- Realizar ejercicio físico moderado.
- 6.- Automedicación.
- 7.- Culdados higiénicos.
- Vacunaciones (antigripal, antitetánica).

II JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA

"ATENCION DIRECTA DE ENFERMERIA AL ANCIANO"

NIÑO, V.

b) Actividades de prevención secundaria

Su principal objetivo es la detección de la enfermedad en fase osintomática, cuando la patología es reversible o en el tratamiento en este estado mejora notablemente el pronóstico. A través del diagnóstico precoz esperamos reducir la gravedad, disminuir la velocidad de progresión de la enfermedad y la frecuencia de las secue-

La actividad sería el cribaje, enfocado a la búsqueda de casos en el marco del exámen periódico de salud al anciano asintomático o al que acude a consulta por otros motivos. Existe un cierto excepticismo respecto a la utilidad de los reconocimientos periódicos en el anciano asintomático aunque numerosos estudios han demostrado que es eficaz para prevenir la morbimortalidad causada por un importante número de enfermedades en el anciano, y grupos de reconocido prestigio en trabajos de prevención lo preconizan como un método adecuado, así el Servicio Nacional de Salud Británico firmó un convenio con los médicos generales por el que se comprometia a realizar una visita domiciliaria anual a todos los pacientes mayores de 75 años.

c) Actividades de prevención terciaria

Su objetivo es la de mejorar el curso de la enfermedad, evitar la evolución a la cronicidad así como potenciar las funciones residuales, en definitiva mejorar la calidad de vida de la persona afectiva ya que la capacidad de respuesta frente a la enfermedad está disminuida, por lo que su curso puede ser más severo y su recuperación más insidiosa. La estrategia para conseguirlo sería:

- Atención Sanitaria adecuada
- Rehabilitación
- Atención Social
- Educación para la Salud

De las medidas de prevención mencionadas muchas pueden llevarse acabo desde el Equipo de A.P., pero hay otras que dependen de la familia y de la sociedad.

La familia se ha demostrado que es un elemento fundamental en la salud y el bienestar de los ancianos; por ello es necesario que se le presten los apoyos necesarios para que el anciano si lo desea, pueda permanecer en ella. Así surgió el programa de visita domiciliaria al anciano.

Con el desarrollo de la A.P. en Valladolid fueron elaborando diferentes programas de visita domiciliaria, tanto en el medio urbano (6 centros) como en el medio rural (18 centros), produciéndose una diversidad de criterios, en la inclusión de pacientes en el programa, población diana, actividades a realizar, decidiéndose por tanto organizar un seminario con los responsables de dicho programa y así entre todos aunar criterios y sacar adelante un programa marco de visita domiciliaria a desarrollar en las diferentes Zonas Básicas de Salud, procurando adaptarlo a las peculiaridades del entorno y de los profesionales que forman cada equipo.

La atención domiciliaria es una necesidad sentida y vivida por amplios sectores de la comunidad, por responder a la problemática que representa mantener una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial y organizativas que ello lleva consigo, tanto para el usuario y su familla como para el equipo de atención primaria.

El trabajo interdisciplinar en A.P., sobre su mayor relieve en el cuidado de determinados tipos de pacientes, como son aquellos que se encuentran inmovilizados en sus domicilios, en los cuales su contacto con los servicios se realiza en el propio domicilio (visita domiciliaria) y/o a través de terceros. Sus condiciones de vida y los que su situación provoca en su núcleo familiar son con frecuencia insuficientemente conocidos por el personal de A.P., a pesar de un correcto abordaje de estos pacientes en los aspectos, no solo sanitarios, sino específicamente sociales, podría producir efectos sobre el propio individuo y también sobre su entorno inmediato.

Principios fundamentales de la visita domiciliaria:

- Derecho del anciano a las atenciones y cuidados, a permanecer en un marco familiar e integrado en la sociedad.
 - Z.- Tendencia a maximizar la autonomía de la persona.
- Prevención de los problemas de salud mental, marginación y aislamiento de los ancianos.

JUSTIFICACION

La puesta en marcha del programa de visita domiciliaria está justificada en los siguientes puntos:

1.- Necesidad de mejorar el acceso a los servicios de salud a los ancianos, por incapacidad para salir de su domicilio y acudir al Centro de Salud.

2.- Posibilitar y poner en marcha una via para mejorar la colaboración entre el Hospital y los Centros de Salud, mediante la coordina-

ción con el Programa de Hospitalización a domicilio.

 Contribuir a la optimización de los recursos sanitarios del Area de Salud con la derivación de enfermos a sus domicilios para conseguir la atención sanitaria por el E.A.P.

4.- Cambios demográficos de nuestro entorno, que producen una modificación en los perfiles de morbilidad (aumento de enfermedades crónicas, envejecimiento de la población...) y en las necesidades sanitarias de la población.

A este respecto vemos en nuestra area de salud una clara tendencia al envejecimiento de la población (más acusada en la zona rural, según se puede constatar de los datos recogidos por la Junta de Castilla y León, Consejería de Sanidad y Bienestar Social en "La Salud en Castilla y León", donde se constata a través de:

El análisis de la pirámide de población de la provincia, y cada

- El crecimiento vegetativo, que ha pasado de 12,06 en 1950 al

5,09 en 1984, siguiendo un progresivo descenso. La esperanza de vida al nacer, que para nuestra población es

de alrededor de 74 años. 5.- Los cambios sociales y de estructura familiar que han condu-

cido a un mayor aislamiento: falta de relaciones personales, familiares o vecinales, de forma más agudizada en la población envejecida o incapacitada.

La importancia de mantener al anciano en su entorno, evitando la desestructuración familiar, conociendo de esta forma el contexto del enfermo y de su patología, evitando desplazamientos de los familiares al hospital.

6.-Las consecuencias, de la falta de atención adecuada a este tipo de pacientes, se traduce en una pérdida importante, fundamentalmente, de la calidad de vida individual y familiar.

La mala calidad de vida en los últimos años de la vida y la escasa atención reglada que ofrecemos los profesionales de la salud debido al desánimo que supone la irreversibilidad de algunos procesos o incapacidad de actuación ante algunos síntomas o situacio-

7.- El equipo de A.P. posee recursos personales (médicos, enfermeros, T.S.) en número y capacidad suficiente para poder atender la problemática derivada de la puesta en marcha del programa.

8.- El bajo nivel de conocimientos y de utilización de servicios sociales.

En un estudio realizado en los centros de salud de Madrid "General Ricardos" I y II, el 65% de los encuestados (pacientes crónicos inmovilizados en su domicilio) no conoce ningún servicio social y un 84% no cumple ningún recurso de este tipo.

9.- Importancia que da la comunidad al cuidado de los ancianos a las enfermedades invalidantes y la angustia de los procesos

10.- Imposibilidad real o gran dificultad en muchos casos de acceso al Centro de Salud, sobre todo en la zona rural.

OBJETIVOS EN SALUD

1.- Mejorar la calidad de vida de las personas y/o familias objeto de este Programa, (calidad de vida entendida como autonomía personal e integración en el medio habitual y bienestar físico).

2.- Disminuir la morbilidad por patología asociada.

OBJETIVOS COMPLEMENTARIOS

- 1.- Evitar internamientos innecesarios en centros asistenciales.
- Disminuir la estancia media hospitalaria en los casos susceptibles de inclusión en el Programa.
- 3.- Contribuir a la optimización de los recursos santiarios del area de salud.
- 4.- Favorecer la coordinación y comunicación entre los distintos niveles de atención.
- 5.- Facilitar el acceso a los recursos sociales sistematizados del sector salud, cuando sean pertinentes.
- 6.- Detectar las necesidades y valorar el grado de incapacidad existente

IIas JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA "ATENCION DIRECTA DE ENFERMERIA AL ANCIANO" NIÑO, N

7.- Potenciar el autocuidado del anciano implicando a la familia.
 Fomentar el papel del cuidado familiar.

 8.- Mejorar el control de su enfermedad. Realizar controles periódicos.

9.- Conocer el entorno familiar.

10.- Reducir costos familiares y públicos.

POBLACION DIANA

Situación crónica de inmovilización en domicilio. Entendiendo por tal, la que conlleva por cualquier causa objetiva o subjetiva el confinamiento contínuo del paciente en su hogar.

ACTIVIDADES

1.- Captación

Responsable:

- Médico
- Enfermera
- Trabajador Social

Protocolo o Procedimiento: Pasiva

- Demanda individual o familar a través de:
- Consulta del médico (Programa y/o Demanda).
- Consulta de Enfermería (Programa y/o Demanda).
- Trabajador Social
- Derivación de otros niveles existenciales:
- Hospitalización a domicilio.
- Altas Hospitalarias.

2.- Selección de pacientes

Criterio de inclusión

Confirmación transitoria o permanente en el domicilio, debido a causa médica, quirúrgica, proceso terminal en personas mayores de 65 años.

Responsable:

- Médico
- Enfermera
- Trabajador Social

Protocolo o Procedimiento

La sala de inclusión de los pacientes en el Programa se hará a avés de la hoja de inclusión (Anexo I).

PRIMERA VISITA

- Registrar el nuevo caso en el sicap
- Valoración y registro de problemas; se realiza en el habitat del paciente:

1.- Sintomas

- Dolor
- Molestias
- Dispepsias
- Prurito
- Etc.

2.- Nutrición

- Tipo ingesta:
- Cantidad
- · Ritmo
- Características
- Restricciones dieta
- Dificultades ingesta
- Hidratación

3.- Eliminación

- Urinaria:
- Patrón Habitual:

Ritmo

Cantidad

Aspecto

Problemas Asociados:

Molestias

Incontinencia

Ayudas

- Intestinal:
- Patrón Habitual:

Pitmo

Características

Problemas Asociados:

Fisuras

Hemorroides

Colostomia

Etc...

4.- Actividad Física

- Habitual

Trabajo (características)

Utilización tiempo libre

Ejercicio físico

Limitaciones

- Sueño/Descanso

Patrón habitual de sueño

Problemas con sueño o descanso

5.- Higiene

- Aseo personal
- Hábitos nocivos

Alcohol

Tabaco

Drogas

6.- Relaciones entorno

 Todo problema social, familiar, personal, económico, sanitario, etc... y la situación afectiva derivada de los mismos.

Sexualidad: Según manifieste el paciente.

7.- Actitud ante problema

- Conoce su problema
- Grado de aceptación/rechazo
- Cumplimentación tratamiento/uso de la medicación.

8.- Conocimiento de los recursos sanitarios

- Conoce (grado)
- No conoce (grado)

9.- Exploración física

- Aspecto general
- Somatometría
- Organos de los sentidos
- Piel y mucosas
- Respiración
- Cardio-vascular
- Músculo-esquelético
- Sistema nervioso

ELABORACION DEL PLAN DE ACTUACION

- Establecer el número aproximado de visitas programadas necesarias, su periodicidad y profesional que las debe realizar.
- Material técnico necesario, material burocrático y de registro, medicamentos necesarios y material de educación sanitaría (protocolos opcionales de cuidados al paciente).
- Necesidad de colaboración, apoyo o información de otros profesionales.
 - 4.- Tipos de actividades en cada visita:
 - 4.1.- Actividades encaminadas a la cobertura de necesidades:
- Se establecerán en la primera visita, y se solicitarán por el curso pertinente, a demanda del paciente o la familia.
 - Necesidad de estructura, habitat, economía.
 - Necesidad de información pronóstica, de evolución...



4.2.- Actividades directamente relacionados con la patología:

- Diagnóstico y valoración de los factores de riesgo.
- Control y evolución de la enfermedad.

IIas JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA

"ATENCION DIRECTA DE ENFERMERIA AL ANCIANO"

NINO, V.

- Rehabilitación de secuelas. Entrega opcional de protocolos de cuidados al paciente, se contemplan en esta actividad todas aquellas medidas rehabilitadoras que pueden llevarse a cabo en el domicilio del paciente (fisioterapia respiratoria, rehabilitación de acva, patología osteoarticular...) encaminadas a la recuperación y conservación de las funciones afectadas.

 Reinserción social. Se establecerá a través del Trabajador Social del centro, el contacto con los recursos sociales para proporcionar la atención debida a los pacientes que lo precisen.



 Descripción del tratamiento y control de su cumplimiento. Se le dará a la familia una nota del tratamiento, que permanecerá en la mesilla del paciente.

 Control de los parámetros biológicos (ctes vitales, multistix, extracciones, diuresis...)

Control de cambios necesarios en los hábitos de vida, (enfermero y médico).

4.3.- Actividades de educación para la salud y de soporte para pacientes y familiares (cuidador familiar):

 Información a paciente y familia de la enfermedad, intentando facilitar la adaptación a la misma, (médico).

 Fomento de autorresponsabilidad y autocontrol (enfermero y médico).

- Información sobre señales de alerta (enfermero y médico).

- Información sobre el tratamiento (médico y enfermero).

 Información sobre medidas higiénico-dieféticas (enfermero y médico).

5.- Actividades de coordinación:

 Minireunión enfermo-médico semanal, sobre el estado de los enfermos y previsión de visitas en la semana siguiente.

- Sesión clínica informativa mensual, sobre la marcha del programa y discusión de casos; una vez informado al responsable del área de docencia.

 Libreta de crónicos a disposición del médico y enfermera de guardia, e información al menos oral de los casos graves o de atención más estrecha.

- Sesiones clínicas con especialistas con el fin de confeccionar y mejorar protocolos de dolor, curas...

6.- Actividades de participación comunitaria.

Se informará al Consejo de Salud de la puesta en marcha del mismo; podríamos hacer partícipe de los criterios de inclusión-exclusión a los miembros del consejo, para poder recoger de este modo la necesidad sentida.

Puesta en contacto con la unidad de Hospitalización a domicilio, INSERSO, y otros centros de salud.

7.- Perioricidad de la evolución.

La periodicidad media de los pacientes que presentan patología crónica invalidante o mejor dicho que produce confinamiento en domicilio, es de una al mes por médico y enfermero y una cada 6 meses por parte del trabajador social.

IMPORTANCIA DEL TRABAJADOR SOCIAL

FUNCIONES

- Coordinación de todos los recursos institucionales, humanos y materiales.
- Asumir ciertos roles de la familia cuando estos no existen, están lejos o por una emergencia o crisis,

 Proporcionar ayuda a la familia cuando los problemas sobrepasan la capacidad de respuesta.

 Compensar una atención familiar inadecuada o la falta de instituciones pertienentes.

Intentar completar toda la lista de posibles funciones o participación que sobre este programa puede tener el trabajador social es largo, quizás será la experiencia en el programa el que delimite la participación del trabajador social. Todos sabemos que en muchas ocasiones las verdaderas distancias entre atención a domicilio y atención en consulta pueden ser objetivadas por la acción de este profesional.



CUIDADOR FAMILIAR

Es la persona o personas que atienden directamente al enfermo. Nuestro papel es tenerle informado de todo el proceso de la enfermedad a la vez que facilitarles y diseñarles el buen y eficiente cuidado a su familiar, autorresponsabilizándoles del control de la medicación, las medidas higiénico-dietéticas y el aprendizaje de las señales de alerta.

EVALUACION DEL PROCESO:

La actividad de atención a domicilio es percibida ampliamente como deficitaria y susceptible de ser mejorada por el propio Equipa Además, posee otra característica que, por sí sola, le confiere especial interés como área objeto de evaluación: Coordinación con otra niveles asistenciales, multidisciplinariedad de las tareas a desarrollar y adentrarse en el terreno de la evaluación de aspectos relacionados con la calidad de vida de los pacientes.

Indicador 1: Edad media de pacientes incluidos en el Programa

Indicador 2: Nº de mujeres incluidas en el Programa Nº total de pacientes incluidos en el Programa.

Indicador 3: Nº de varones incluidos en el Programa

№ total de pacientes incluidos en el Programa

Indicador 4: Razón de masculinidad.

Indicador 5: Distribución proporcional de los pacientes incluídos en el Programa según nivel de estudios:

riogiana seguirnivei de estadios.	
- analfabeto	%
- primaria completa	%
- primaria incompleta	%
- secundaria	%
- universitario	%

Indicador 6: Duración media de atención mediante el Programa de visita domiciliaria.

Indicador 7: Distribución proporcional de los motivos de finalización de Atención Domiciliaria.

- mejoría	%
- desplazamiento	%
- rechazo	%
- ingreso hospitalario	%
- fallecimiento	%

Indicador 8: Distribución proporcional del soporte principal de los pacientes incluidos en el Programa:

- cónyuge/pareja	%
- hijo/a	%
- padres/hermanos	%
- otros parientes	%
atras a area a as	0/

Indicador 9: Distribución proporcional según el tipo de vivienda de los parientes incluidos en el Programa:

populario incluidos cir cir regiaria.	
file	0/
- fijo	/0
- variable	0/
- validale	/0

Indicador 10: Distribución proporcional de la procedencia de parientes incluidos en el Programa:

- consulta del médico	%
- consulta de enfermería	%
- trabajador social	%
- otros	0/

Indicador 11: Proporción de pacientes en los que ha sido necesaria la intervención del trabajador social.

Indicador 12: Distribución proporcional de los pacientes según diagnóstico:

3110011001	
- médico	%
- quirúrgico	%
- terminal	%
- geriátrico	0/

Indicador 13: Nº de reuniones mantenidas con el Consej. de Salud/año

Nº de reuniones previstas en el año

EVALUACION DE LA CALIDAD ASISTENCIAL

Indicador a)

Nº de pacientes con diagnóstico en la hoja individual

Nº de pacientes incluidos en el Programa

IIas JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERIA GERIATRICA Y GERONTOLOGICA

"ATENCION DIRECTA DE ENFERMERIA AL ANCIANO"

NIÑO, V.

Criterio.- En la hoja de inclusión de estos pacientes, deberá constar el diagnóstico de la causa de inclusión en la primera visita.

Excepción.- Ninguna.

Indicador b)

Nº de pacientes visitados por los tres profesionales

Nº de pacientes incluidos en el Programa.

Criterio. - Estos pacientes deberán haber sido visitados por los tres profesionales (médico, enfermera, trabajador social).

Excepción.- Está justificado que el trabajador social no cumpla el criterio si existe anotación del médico o de la enfermera indicando que no precisa la visita.

Indicador c)

Nº de pacientes con plan de cuidados

Nº de pacientes incluidos en el Programa.

Criterios.- Debe constar la existencia de un plan de trabajo (conjunto y específico para cada profesional).

Excepción.- Está justificado que el trabajador social no cumpla el criterio si existe anotación del médico o de la enfermera indicando que no es preciso.

EVALUACION DE COBERTURA:

Indicador 1: Nº de pacientes incluidos en el Programa

Población de la Zona Básica de Salud

Indicador 2: Porcentaje de abandonos por rechazo

Nº de pacientes cuya causa de abandono es el RECHAZO

Nº de pacientes incluídos en el Programa

(si fuera posible analizar o enumerar las causas)

Indicador 3: Permanencia media en el Programa de los pacientes cuya causa de abandono es el RECHAZO.

SE ENVEJECE COMO SE HA VIVIDO

Nos han enseñado a todo menos a vivir dentro de un cuerpo que no responde como en la juventud.

Aprender a hacerse cargo de uno mismo es toda una filosofía de vida y aquí esta Enfermería como un Agente de Salud capaz de enseñar a armonizar este envejecer que no es otra cosa que continuar el camino.

No existen ancianos sino personas capaces de ser y estar como su propio pensamiento dicte. No olvidemos que el hombre es lo que piensa y que funciona conforme ese deseo y esa creencia.

Nos hemos encontrado con diversos ancianos que disfrutan o maldicen su vejez y al preguntarnos los porqués de tan dispar situación sólo encontramos una respuesta; ELLOS SON Responsables de su elección.

Es verdad que el medio juega malas pasadas pero también es cierto que la salud o la enfermedad, el caminar o el anquilosamiento responden a esa entrega que llamamos "el hacerse cargo de sí

Si una persona no sabe lo que necesita corre el riesgo de que le legue cualquier cosa.

No sólo somos un cuerpo físico. Tenemos un cuerpo mente cargodo de pensamientos y un estado emocional lleno de sentimiento.

Pero también está la necesidad espiritual (que para nada tiene que ver con la religión) y que no es otra cosa que las pequeñas cosas que día a día se necesitan.

Vivir la vejez es algo tremendo, duro, a veces "enloquecedor". Ir perdiendo visión, oído, movilidad... y luego encontrarse a veces solos abandonados.

Para Enfermería todo esto es angustiante porque crea impotencia, a veces por la falta de recursos propios e institucionales pero tenemos que pensar que siempre hay algo que se puede hacer:

Enseñar al anciano a envejecer sin limitaciones, es decir aprender que no sólo es un cuerpo físico, pero no tiene que aprender solo al también Enfermería ha de conocer, paralelamente, que camina bacia el envejecimiento, como algo biológico y desconocido a la

Creemos que ese día no va a llegar, por esa razón rechazamos ciertas necesidades de esos ancianos y no nos cuestionamos otras

Aquí a este espacio de vida hemos venido a aprender y no importa la edad para comenzar o lo negativo del pasado, comenzar a tocar el violín a los 95 años es tan hermoso e importante como panar una Olimpiada a los 15.

Dentro de cada anciano existe un ser vivo que nos escucha pun en situaciones en las que nuestros propios conocimientos no entienden

Saber llevar a este ser humano hacia una calidad de vida es una de las tareas más gratificantes de la Enfermería.

Os mostramos como varios de estos seres humanos han hecho su elección.

Balbina, Anastasia... mil y un nombre más. Todas ellas están "atrapadas" en un cuerpo físico que ya no responde a lo normal.

En su día pudieron aprender y pudieron elegir, tampoco sabemos que ha pasado y porque están así. El medio y el abandono han hecho que sufran ante una vejez cruel que las anquilosa y las hace estar sin estar.

Estamos seguras que escuchan y que entienden por eso nuestra atención directa de Enfermería continua y las hacemos llegar todo aquello que mejore esa calidad física, mental, emocional, espiritual, familiar, social.

A ellas dedicamos también el aprendizaje porque sabemos que merece la pena la atención integral a seres humanos que aun están vivos.

DOMITILA

Es una anciana de 95 años. Es capaz de caminar con sus tacones de 6 cm., sus faldas de vuelo y su gracia. Su mente y su espíritu rompen con todo lo negativo de la pérdida por la edad.

Ella va y viene, hace y deshace, rompe y pega, razona y elige. Se da cuenta de sus propias limitaciones pero potencia otras para encontrar esa armonía.

Viaja sola y discute con ella misma cuando sus pensamientos y sus sentimientos le juegan malas pasadas, "tengo que vivir un día más, dice, hay mucho que aprender".

Ni un día del mes ha perdido la cita a la peluquería para teñirse su pelo.

Organiza su día procurando que cada mínuto le sirva para encontrar esa razón por la que vivir y estar sana.

Domilia está así porque vivió siempre haciéndose cargo de sí misma, dice tener cerradas las puertas de la enfermedad y en verdad ni una sola gripe ha padecido.

Es algo así como una hormiguita que vive día a día.

Gracias Domitila por su entendimiento y por enseñarnos todas estas cosas que nos animan a continuar en la Enfermería y a envenejer en Salud.

(ANEXO 1)

N.I.P.:			EDAD:	
MOMBRE Y APEL	L1005:		SEXO:	
FECHA INCLUSION:		FECHA SALIDA:		
	CONSULTA MEDICO CONSULTA EMPERMENIA . TRABAJADOR SOCIAL OTROS	- WUTIYO :	MEJORIA INGRESO HOSPITALARIO . FALLECINIENTO . OESPLAZAMIENTO RECHAZO	
	CONYUGE/PAREJA WIJO/A PADREE/HERMANDS OTROS PARIENTES NADIE		FIJO	
: WIVEL DE ESTUDIOS :	AMALF-18ETO		BAJO	
. QUIRURGICA . TERMINALES		¿CUAL?	PROGRAMA	
. GERIATRICA		CUIDADOS		
MEDICO				
ENFERMENA				
T. SDCIAL				

^{*} Cersonas que de forma usual se scucan del paciente

^{**} Taloracción por parte del Tranajacor Social. / se to defecto por Médica y/o enfereera.