

EL MEDICO

ENTREVISTA CLÍNICA A PROPÓSITO DE UN CASO

- Programa de formación en colaboración con la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN)
- Caso clínico basado en un planteamiento y discusión sobre la Entrevista Clínica en Atención Primaria.
- Periodicidad quincenal
- Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN
- Evaluación on-line
www.elmedicointeractivo.com/entrevistaclinica.htm

CUIDADORA PRINCIPAL CON MÚLTIPLES SÍNTOMAS INESPECÍFICOS

Patrocinado por



Solicitada acreditación al Sistema Español de Acreditación de la Formación Médica Continuada (SEAFORMEC)



Actividad avalada por la Comisión Nacional de Validación y Acreditación de SEMERGEN con el nº 68/2007



CUIDADORA PRINCIPAL CON MÚLTIPLES SÍNTOMAS INESPECÍFICOS

CUIDADORA CON MÚLTIPLES SÍNTOMAS INESPECÍFICOS

AUTORES: JOSÉ MANUEL CALLEJA PASCUAL

MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD CASCO VIEJO
(VITORIA-GASTEIZ). COMARCA ARABA. OSAKIDETZA.

ELENA PÉREZ URRUTIA

MÉDICO DE FAMILIA. SERVICIO MÉDICO. DELEGACIÓN DE
EDUCACIÓN. GOBIERNO VASCO.

OLGA RUIZ DE ARBULO RUIZ DE ALEGRÍA

MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD OLÁRIZU (VITORIA-
GASTEIZ). COMARCA ARABA.

JESÚS ITURRALDE IRISO

MÉDICO DE FAMILIA. CENTRO DE SALUD CASCO VIEJO
(VITORIA-GASTEIZ). COMARCA ARABA. OSAKIDETZA.

COORDINADOR: SERGIO GIMÉNEZ BASALLOTE

MÉDICO DE FAMILIA. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MÉDICOS
DE ATENCIÓN PRIMARIA (SEMERGEN). CENTRO DE SALUD
DEL LIMONAR. MÁLAGA

INTRODUCCIÓN

Se denomina cuidador principal (CP) a la persona que proporciona habitualmente los cuidados a un paciente discapacitado, fundamentalmente anciano, cuya patología le obliga a ser dependiente de otras personas para la mayoría de las actividades de la vida. En la mayoría de los casos es un único familiar del paciente discapacitado o dependiente (PD) y esta situación supone una sobrecarga en diferentes ámbitos vitales para la persona que se responsabiliza de esos cuidados. Por

eso, el hecho de ser un CP supone un importante factor de aumento de la morbilidad tanto psicológica como física, y un deterioro social y económico. Además, el deterioro de la calidad de vida del CP tiene repercusión sobre la salud y la calidad de vida de la persona dependiente. Los profesionales sanitarios tendemos a centrarnos en la salud del PD sin tener en cuenta los problemas que se producen en su entorno. Es importante reconocer este cuadro y detectar esta posibilidad, de cara a poder poner en marcha medidas que puedan ayudar al paciente cuidador a reducir la sobrecarga, aliviar su sintomatología y mejorar su propia calidad de vida y mejorar la calidad de vida y retrasar o disminuir la institucionalización de la persona cuidada.

CASO CLÍNICO

Benita GP es una mujer de 58 años que conocemos en la consulta por que acude habitualmente a recoger las recetas y a informarnos del estado de salud de su padre, Félix GS. Félix tiene 83 años y padece una demencia de tipo Alzheimer en fase evolucionada, y es uno de nuestros pacientes crónicos domiciliarios. En nuestras visitas a su domicilio, Benita es la persona de referencia para su cuidado.

Hoy acude a la cita que ha solicitado a nombre de su padre para comentar un reciente ingreso hospitalario del mismo y aprovecha la cita para solicitar “algo” que le ayude a dormir a ella, ya que se encuentra “fatal”, se nota muy cansada, tiene dolor de espalda, de cabeza y dolores abdominales intermitentes junto a una sensación de mareo durante todo el día. Esto le viene ocurriendo durante los últimos tres o cuatro últimos meses. Ha acudido en al menos cinco ocasiones, por alguno de estos motivos, al servicio de Urgencias de nuestro Hospital de referencia, donde le han pautado medicación sintomática y le han remitido a su médico de cabecera para seguimiento. Nos cuenta Benita, que no ha pedido cita por que no tiene tiempo para ella. Convencemos a nuestra paciente que necesitamos un poco más de tiempo para atenderle como ella mere-

CUIDADORA PRINCIPAL CON MÚLTIPLES SÍNTOMAS INESPECÍFICOS

ce y pactamos vernos en una cita concertada para el día próximo.

Acude a la cita donde nos relata la sintomatología referida, los tratamientos que le han prescrito, fundamentalmente analgésicos y algún ansiolítico. Tiene una queja de dolor de espalda crónico, lumbar, dorsal y cervical, que no mejora con ibuprofeno, así como cefalea ocasional y sensación de mareo “como cabeza vacía” a diario. Nos refiere estar agotada físicamente, con muy mala calidad de sueño y sin sensación de ser reparador, su ánimo es irritable y discute mucho con sus hijos; en ocasiones, cuando esta sola se echa a llorar sin motivo aparente. Nos cuenta que además de cuidar a su padre, tiene que encargarse de limpiar la casa, la ropa, de preparar la comida para su marido (trabajador de la construcción), y sus dos hijos (el mayor de ellos trabaja en una industria de automóviles, y la hija estudia Empresariales). Se queja de que ni sus hijos ni su marido le ayudan en casa, ni en el cuidado de Félix, y sólo ocasionalmente va a su domicilio su hermano a aliviarle algo de la carga.

Para valorar el estado de ansiedad y depresión realizamos la escala de ansiedad-depresión de Goldberg, puntuando 7 puntos en la subescala de ansiedad (≥ 4 indica probable trastorno de ansiedad) y 4 en la de depresión (≥ 2 indica probable trastorno depresivo). Para valorar de manera más específica su situación realizamos dos test adicionales: el índice de Esfuerzo del cuidador, que arroja una puntuación de 10 puntos (≥ 7 sugiere un nivel elevado del esfuerzo); y la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit con un resultado de 57 (sobrecarga intensa).

Iniciamos tratamiento con un ansiolítico y acordamos una revisión en 10 días. Remitimos a Benita a la Asistencia Social de zona para valorar una ayuda domiciliaria, o un centro de día. Acordamos con ella hacer una pequeña reunión familiar para exponer su situación y solicitar la colaboración del resto de la familia. Tratamos de implicar a Benita en su propio cuidado, facilitándole la dirección del grupo de apoyo de familia-

res de enfermos con Alzheimer de la localidad, y animándole a la realización de alguna actividad que sea de su gusto, en este caso unas clases de baile regional.

DISCUSIÓN

Se calcula que entre el 16-20 por ciento de mayores de 65 años son pacientes dependientes, y de ellos 70-90 por ciento son cuidados en su domicilio. Esta cantidad de personas dependientes va en aumento ante el progresivo envejecimiento de la población que le hace más susceptible a patologías crónicas-invalidantes, y por la mayor supervivencia a muchas enfermedades.

En la gran mayoría de los casos los cuidados del PD son llevados a cargo por una única persona, sin ningún tipo de remuneración económica, que se denomina cuidador principal informal. Habitualmente es un familiar de primer grado (esposa, hija o madre en el caso de menores) que lo realiza con una mezcla de afectividad y obligación social. Son personas indispensables para el cuidado del PD ya que asume totalmente la atención y cuidado del enfermo, prestando servicios un número variable de horas los 7 días de la semana y en fases avanzadas llega a no dedicarse a ninguna otra cosa en su vida personal. En algunas ocasiones existen unos cuidadores secundarios que colaboran con el CP. En otros casos hay varios cuidadores en diferentes localizaciones geográficas que van turnándose el PD (anciano maleta o golondrina).

El prototipo de CP es una mujer de 55-65 años, casada, familiar de primer grado del PD (hija), con estudios primarios, como profesión ama de casa, que convive con el PD, sin formación específica en el campo de los cuidados, y que habitualmente cuida de más personas del entorno familiar.

El cuidado del PD es un proceso complejo y dinámico, sometido a cambios, y que paulatinamente, por la evolución de los procesos patológicos, va a requerir mayor aplicación por parte del CP. En ocasiones se ha definido como una experiencia estresante crónica, que va a afectar a la salud física y mental del cuidador. La

CUIDADORA PRINCIPAL CON MÚLTIPLES SÍNTOMAS INESPECÍFICOS

patología derivada de esta situación se ha venido a denominar como síndrome del cuidador, y el principal factor generador de dicha sintomatología es la sobrecarga o percepción estresante negativa del cuidado, aumentada por la falta de aceptación de la situación.

Las cargas van a ser de varios tipos: objetivas (cambios en el ámbito personal, familiar, laboral, esfuerzos,...) o subjetivas (vivencia de la situación). También pueden agruparse en físicas (limpieza e higiene, movilizaciones,...); emocionales (cambio vital, aislamiento social, sufrimiento por el ser querido, conflictos por el reparto de tareas,...) y económicas (abandono de actividad laboral, gastos,...).

La patología que aparece en los cuidadores es muy prevalente, en algunos estudios llega al 80 por ciento de los cuidadores con algún problema de salud relacionado y afectan negativamente a su calidad de vida relacionada con la salud. Los diferentes aspectos se enumeran en la Tabla 1. A pesar de ello los CP solicitan muy poca atención médica, siendo unos auténticos “pacientes ocultos”, ya que tienden a infravalorar y desconocer su propia situación.

Existen unos factores que favorecen la aparición de la sintomatología: del cuidador (ser mujer, mayor edad, aislamiento social, mala relación familiar, personalidad depresiva o ansiosa previa, relación conflictiva previa con el paciente dependiente, pérdida laboral o económica por aceptar el ser cuidador), del paciente dependiente (grandes incapacidades, alteraciones comportamentales, enfermedades neurodegenerativas, años de evolución de la discapacidad, incontinencias), de la relación con el sistema de apoyo socio-sanitario (conflictiva, ausente).

La sobrecarga no solo va a afectar al cuidador, sino que se ha visto una relación entre el estrés del CP con mayores tasas de institucionalización y mayor índice de problemas conductuales y episodios de agitación del PD.

Al tratarse de un “paciente oculto” es aconsejable mantener una actitud activa de búsqueda de sintoma-

TABLA I. Patología del cuidador

1. Problemas físicos:

- Osteomusculares: patología mecánica crónica del aparato locomotor: lumbalgia, cervicalgia, dorsalgia.
- Cardiovasculares.
- Trastornos gastrointestinales: enfermedad péptica.
- Alteración del sistema inmune: susceptibilidad a infecciones virales.
- Aumento del riesgo de mortalidad del 63% en cónyuges ancianos cuidadores.

2. Trastornos psicológicos:

- Ansiedad y depresión.
- Patología del sueño: insomnio, alteraciones del ciclo sueño-vigilia.
- Modificación en la personalidad: agresividad, hostilidad, falta de afrontamiento.
- Somatizaciones: cefaleas, mareos, astenia, fatiga crónica, palpitaciones,...
- Alta tasa de automedicación: psicofármacos y analgésicos.
- Comportamientos negativos: abandono personal, anhedonia, ¿mayores tasas de alcoholismo?

3. Trastornos sociofamiliares:

- Conflictos familiares.
- Absentismo y conflictividad laboral.
- Empeoramiento en la situación económica.
- Aislamiento social progresivo.

tología o sobrecarga en el cuidador, que podemos hacerla en las visitas domiciliarias, o en la consulta que hagan con motivo del cuidado del PD. Sería aconsejable favorecer una visita concertada con el cuidador, haciéndole ver su posible patología o situación.

Para valoración de la sintomatología física la entrevista habitual puede valernos, dejando expresar sus quejas somáticas, algias, etc, y las medidas terapéuticas que ha realizado.

La valoración psicológica se puede realizar favoreciendo un vaciado emocional que nos ayude a interpretar en que fase se encuentra (impotencia, negación, rencor,...). Interrogar sobre problemas de sueño, sinto-

CUIDADORA PRINCIPAL CON MÚLTIPLES SÍNTOMAS INESPECÍFICOS

matología ansiosa o depresiva, toma de psicofármacos. Sería aconsejable realizar un test estandarizado para valorarlo como la escala de ansiedad-depresión de Goldberg.

Es importante valorar la situación económica, social y familiar del cuidador, y evaluar su conocimiento del sistema sanitario y de los recursos sociales. Algunos estudios aconsejan la realización del genograma, o el Apgar familiar, para conocer el estado y funcionamiento familiar, y las escalas Duke-UNC o MOS de apoyo social para este último. Habitualmente el tiempo de consulta es escaso y lo único que podemos realizar es hacer una pequeña aproximación mediante el interrogatorio.

Hemos visto que la sobrecarga es el factor más determinante en la patología del cuidador por lo que se han desarrollado varias escalas a fin de cuantificarla u objetivarla. Las más utilizadas en Atención Primaria son:

1.- Índice de esfuerzo del cuidador. (Caregiver Burden Scale o Índice de Robinson)

Consiste en un cuestionario heteroadministrado, que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica (Si/No), se puntúa el número de respuestas afirmativas. Una puntuación ≥ 7 sugiere un elevado nivel de esfuerzo por parte del cuidador.

Se trata de una entrevista semiestructurada mediante la que interrogamos al sujeto sobre el impacto del hecho de cuidar sobre distintos aspectos vitales: sueño, esfuerzo físico, cambios personales (tiempo, planes, emocionales, trabajo,...) y modificaciones familiares, ... dando ejemplos que puedan aplicarse al caso concreto estudiado. Al no requerir demasiado de tiempo de realización puede aplicarse en la consulta.

2.- Escala de Zarit

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que valora la sobrecarga a la que está sometido el cuidador. Consiste en 22 ítems en que se cuestiona sobre cómo se siente el cuidador en esas diferentes cuestiones, con 5 posibles respuestas categóricas (1: nunca; 2: casi

nunca; 3: a veces; 4: frecuentemente; 5: casi siempre). Se obtiene una suma total de esos puntos (entre 22 y 110). Según el resultado se hace una aproximación al grado de sobrecarga que padece:

- < 46 puntos: no sobrecarga.
- 47-56: sobrecarga ligera.
- ≥ 57 : sobrecarga intensa.

Fue desarrollado inicialmente para cuidadores de enfermos con demencia, pero puede hacerse extensiva a otros tipos de patologías que originen dependencia. La versión de 22 cuestiones cubre diferentes áreas: integración social (5 ítems), ocupación y orientación (5), independencia física (16) y movilidad (3) y ha sido validada en nuestro medio. Tiene el inconveniente en su tamaño, aun siendo autoadministrada, los pacientes suelen requerir nuestra ayuda para realizarla, por lo que en ocasiones es poco viable. Por ese motivo se han probado con varias fórmulas reducidas de 4-8 ítems. Parece que la versión más aplicable a nuestro medio sería la escala de Zarit de cuidados paliativos de 7 ítems derivados de la completa, con un punto de corte de 17.

Una vez detectado y valorado el cuadro del cuidador se deberían implementar las medidas para aliviar la sintomatología y la sobrecarga. Estas deberían incluir:

Formación del cuidador: informar de las características y evolución de las patologías, como se realizan los cuidados, como planificar los cuidados

Facilitar el acceso a los recursos disponibles de tipo social: ayudas técnicas, teleasistencia, asistencia domiciliaria, formas parciales de internamiento, prestaciones económicas.

Cuidar al cuidador: promover autocuidado personal; mantener un tiempo para actividades que sean de su agrado; enseñar a delegar en familiares; evitar el aislamiento; favorecer contacto con asociaciones de personas en su misma situación o grupos de ayuda; felicitar al cuidador por el buen trabajo realizado para reforzar su figura y mejorar su autoestima.