

Estrategias de mejora de la efectividad de la atención domiciliaria a personas incapacitadas y sus cuidadoras.

La enfermera comunitaria de enlace

Isabel Toral López. Enfermera comunitaria de enlace. Distrito Granada

Correo electrónico: isatoral@jazzfree.com

La atención domiciliaria es una modalidad asistencial dirigida a aquellas personas que, bien por su situación de salud o por problemas socio-sanitarios, requieren cuidados de carácter temporal o permanente en su domicilio.

Aunque, en principio, los destinatarios son personas que padecen incapacidad, parece conveniente incluir además a aquellas que tienen grandes dificultades para desplazarse. Asimismo, el desarrollo de otros servicios puede requerir completar la oferta de atención domiciliaria con intervenciones dirigidas al anciano de riesgo, con criterios de fragilidad, y a la puerpera y recién nacido, por ejemplo.

Las tendencias demográficas que se esperan para las próximas décadas, la disminución de cuidadores informales disponibles, condicionada por la incorporación de la mujer al mercado laboral, los cambios en el tipo de familias, entre otros motivos, explican la preocupación creciente de las administraciones sanitarias por mejorar servicios para un grupo cada vez más numeroso de usuarios que precisarán ser atendidos en su domicilio.

En general, la organización de los servicios de atención domiciliaria se caracteriza por su heterogeneidad, tanto en el ámbito nacional, como en el internacional. Todo ello en función de los siguientes factores:

- El modelo de organización del propio sistema sanitario y social de cada país o de cada área de salud.
- El tipo de usuario al que se dirigen los servicios, incluyendo edad y situación de salud.
- El tipo de problemas que se atienden, las actividades que se realizan, las tecnologías que se utilizan, los resultados que se esperan.
- El papel de los profesionales, de los pacientes o usuarios y de la red informal de cuidados.
- Las características de la provisión del servicio, la cualificación de los profesionales, cómo se asignan los pacientes.
- Los mecanismos de financiación del servicio y la participación de los usuarios en los mismos.
- Las fórmulas de coordinación e integración de los servicios sanitarios y los servicios sociales comunitarios.

Según el grado de desarrollo, se pueden distinguir en nuestro ámbito geográfico, el europeo, un grupo de países que disponen de sistemas de atención domiciliaria bastante bien organizados, constituido principalmente por: Dinamarca, Holanda, Irlanda, Suecia, Finlandia, Bélgica y Reino Unido. Y otro grupo de países que se incorporaron al proceso hace unos veinte años y están en fase de desarrollo, como son: Austria, Grecia, Italia, Portugal y España.

Aunque la gama de cuidados que se ofrecen en el hogar, con diferencias, incluye asistencia médica, terapia ocupacional, fisioterapia, etc., los servicios que constituyen la base de los cuidados de larga duración son los cuidados enfermeros a domicilio, y los servicios de ayuda a domicilio, que incluyen ayuda para las actividades de la vida diaria y para actividades instrumentales.

Respecto al tipo de usuarios atendidos en domicilio, son las personas mayores las principales beneficiarias, aunque los cambios en los patrones epidemiológicos y la posibilidad de transferir tecnología al domicilio apuntan a nuevos perfiles de usuarios.

Los **modelos de práctica profesional** muestran también diferencias entre países, incluso entre regiones. Los servicios de enfermería a domicilio más desarrollados no requieren la demanda de un médico para desarrollarse, esto sólo es requisito en Finlandia, Francia y Alemania, por ejemplo.

- Utilizan la gestión de casos, es decir: valoración de los pacientes, establecimiento de plan asistencial, evaluación, coordinación de cuidados y solicitud de recursos necesarios para el cuidado, incluida la ayuda a domicilio.
- Utilizan modelos estandarizados de valoración y de clasificación de los pacientes para priorizar los ingresos en instituciones.
- Los cuidados están sometidos a procesos de evaluación de acuerdo a estándares de práctica aceptados, y la enfermera que realiza la valoración integral y el plan asistencial suele ser especialista en enfermería comunitaria.
- Las intervenciones se dirigen a proporcionar ayuda para el autocuidado, educación del paciente, actividades de refuerzo y apoyo a la red familiar, así como procedimientos técnicos que incluyen desde administrar medicación parenteral o realizar una cura, hasta administrar anestesia epidural, introducir un catéter o manejar un respirador mecánico.

La provisión de servicios varía, de unos países a otros, en la cualificación de las enfermeras que gestionan los casos o realizan los cuidados, los mecanismos de captación y la manera en que se accede a los servicios, los instrumentos de valoración de los pacientes y la participación de los pacientes en la financiación del servicio.

En los países que han desarrollado un modelo basado en equipos multidisciplinares que trabajan en centros de atención primaria (como es el caso de países nórdicos, Irlanda y España), la atención domiciliaria se provee como parte de un conjunto de actividades integradas por los mismos profesionales con responsabilidad sobre los pacientes y familias, garantizando así la continuidad asistencial, sin que ésta se vea afectada por el grado de dependencia de los usuarios.

Aquellos países con un modelo de atención primaria basado en las prácticas profesionales independientes, han creado estructuras específicas para la atención domiciliaria, como es el caso de Dinamarca y Holanda.

Independientemente del modelo organizativo, todos los países con sistemas de atención domiciliaria bien desarrollados coinciden en algunas **tendencias**, que pueden constituir oportunidades de mejora para aquellos otros países en etapa de desarrollo, como es el caso del nuestro:

- Coordinación, colaboración e integración de los servicios de atención sanitaria y de los servicios de ayuda a domicilio. En algunos países como Dinamarca, Holanda e Irlanda han llegado a la integración de ambos servicios en una sola organización, incluso en Holanda e Irlanda desde el sistema sanitario.
- Las enfermeras son el principal proveedor y gestor del servicio, en colaboración directa con médicos y trabajadores sociales.
- Incorporación de auxiliares de enfermería para ayuda a las tareas de cuidado personal de los pacientes y procedimientos poco complejos, tendiéndose al empleo de profesionales que integren tareas de apoyo tanto a las actividades básicas de la vida diaria, como a las actividades instrumentales
- Aumento de la participación de otros profesionales, como: terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, podólogos y enfermeras especialistas en salud mental y pediatría.

- Desarrollo de programas de atención a los cuidadores principales de las redes informales para: formación y asesoramiento en el cuidado, manejo de problemas de afrontamiento, fomento de asociaciones de ayuda mutua, servicios de respiro, etc.

La atención domiciliaria en nuestro país.

Centrándose en la realidad de nuestro país, se puede afirmar que entre las diferentes modalidades de atención que se ofrecen a los ciudadanos desde el sector salud, la atención domiciliaria es la que ha sufrido un incremento mayor durante los últimos diez años. Consultando memorias y anuarios de todas las comunidades autónomas se puede observar un incremento de la actividad, que ha repercutido no sólo en una mayor intensidad del servicio (número de visitas/paciente), sino también en una mejora de la cobertura de la población.

Igualmente, durante los últimos años se han ido incorporando **mejoras cualitativas** como:

Estandarización de la práctica: reconociéndose una tendencia a utilizar escalas de valoración validadas, así como protocolos o guías, consensuadas entre los profesionales, para la toma de decisiones clínicas. También, en la mayoría de los centros de salud se incorporan objetivos asistenciales, objetivos educativos e intervenciones para los cuidadores principales. En general, las enfermeras son las mayores proveedoras del servicio.

Nuevo enfoque de la atención: frente al tradicional enfoque orientado a la enfermedad, muchos equipos empiezan a centrar su intervención en los problemas que generan dependencia, capacidad para el autocuidado de los pacientes, capacidad de los cuidadores principales y la red familiar para hacer frente a una situación de incapacidad y dependencia.

Incremento del nivel tecnológico de los servicios. Algunas instituciones han puesto en marcha programas de hospitalización a domicilio: las posibilidades de transferir tecnología, antes reservadas al hospital, al domicilio (por ejemplo la nutrición enteral, ventiloterapia) posibilita ofrecer servicios de nivel tecnológico e intensidad parecidos a los del hospital. En España las experiencias suelen liderarse desde el nivel especializado, aunque en otros países se encuentran experiencias muy valiosas lideradas desde el nivel primario.

Nuevas estructuras de apoyo para la atención domiciliaria. Algunas Comunidades Autónomas han desarrollado estructuras complementarias de apoyo a los equipos de atención primaria, tendentes a la ampliación y mejora de la capacidad de resolución del servicio. Entre ellos destacan los PADES (Programa de Atención Domiciliaria y Equipos de Apoyo) en Cataluña, o los ESAD (Equipos de Soporte de la Atención Domiciliaria) en el área INSALUD

Sistemas de gestión orientados a garantizar la continuidad asistencial. La coordinación entre los diferentes niveles asistenciales sanitarios, así como la coordinación con los recursos sociales comunitarios, necesarios para garantizar la efectividad del servicio de atención domiciliaria, es uno de los principales retos para los próximos años. Existen algunas experiencias como la desarrollada en la Comunidad de Canarias orientada a mejorar la coordinación entre nivel primario y especializado, así como mejorar la coordinación entre los sectores sanitario y social, basado en un sistema de gestión de casos con enfermeras comunitarias de enlace, con buenos resultados¹. Otra

1 Duarte Climent G, Izquierdo Mora MD. Una propuesta de mejora para la atención domiciliaria: la enfermera comunitaria de enlace. En: Análisis de la situación y líneas de desarrollo en enfermería de atención primaria. Servicio Canario de Salud, 1999.

Duarte Climents G, Izquierdo Mora MD, Pérez Díaz G. Enfermería Comunitaria de Enlace en el Servicio Canario de Salud. Protocolo de Enfermería Comunitaria de Enlace. Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Primaria, Planificación y Evaluación. Enero 2002.

Artiles Sánchez J, Duarte Climents G. Enfermería Comunitaria de Enlace en el Servicio Canario de Salud. Evaluación de una propuesta organizativa para la mejora de la Atención Domiciliaria. Universidad de las Palmas de Gran Canarias. 2002

experiencia son las comisiones de área de coordinación sociosanitaria de la Comunidad Castellano-Manchega².

En Andalucía, el Decreto que regula el Plan de Apoyo a las familias Andaluzas (abril 2002) ha permitido incorporar algunas medidas que tienen como objetivo mejorar la efectividad de la atención domiciliaria a personas inmovilizadas y a sus cuidadores principales. Hasta ahora, en esta Comunidad Autónoma, la atención domiciliaria dirigida a personas inmovilizadas se lleva a cabo por los equipos de atención primaria, constituidos fundamentalmente por médicos generales y de familia, enfermeras, trabajadoras sociales y fisioterapeutas. Existen algunas experiencias de hospitalización a domicilio para pacientes con necesidades específicas, y algunos equipos de soporte (por ejemplo para pacientes de cuidados paliativos, dependientes de atención especializada y/o de ONG como la Asociación Española contra el Cáncer). Con los servicios sociales comunitarios (municipales, diputación), en general, no existe un plan de coordinación sociosanitaria y, la comunicación se establece de forma variable a iniciativa de los profesionales (trabajadores sociales y enfermeras, fundamentalmente).

Entre las **estrategias de mejora** que está desarrollando el Servicio Andaluz de Salud (una vez descartada la creación de equipos específicos para la atención domiciliaria) se opta por aportar valor añadido a un modelo de organización que garantiza la continuidad asistencial de los pacientes y/o las familias a lo largo de su ciclo vital, sin que aquélla se vea fragmentada por el nivel de dependencia u otro motivo. Para ello, se establecen un conjunto de medidas orientadas a mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de aquellas personas que se consideran inmovilizadas y de sus cuidadores principales.

1. La creación de equipos móviles constituidos por rehabilitadores, fisioterapeutas y celadores-conductores que se desplazan a los domicilios para atender a los pacientes confinados en el domicilio, además de instruir, e informar sobre la manipulación y el tratamiento del paciente a los cuidadores principales. Está protocolizado el tipo de pacientes que son subsidiarios del programa, el tipo de problemas que se pueden atender, los mecanismos de derivación y los instrumentos de valoración.
2. La provisión de ayudas técnicas para el cuidado, tales como colchones y cojines para prevención de úlceras por presión, aspiradores, andadores, entremetidas de movilización, grúas, camas articuladas, taloneras. Igualmente, existe un protocolo para la asignación de cada tipo de material, cuales son los problemas que requieren y mejorarían con cada una de las ayudas técnicas, los instrumentos de valoración de los pacientes, así como los circuitos de entrega y recogida del mismo. En un principio los distritos de atención primaria optaron por adquirir un stock de este material y progresivamente están concertando con empresas proveedoras que se ocupan de los circuitos de entrega, recogida y mantenimiento del material.
3. La incorporación a las zonas básicas de salud de una enfermera de enlace que gestione los cuidados domiciliarios de forma coordinada con todos los profesionales implicados en la atención de los pacientes y sus cuidadores. Gestionar cuidados se entiende de forma específica como el proceso continuo de recogida de información relevante relacionada con las necesidades de cuidados de los pacientes y sus cuidadoras informales, integrar todas las intervenciones, monitorizar y evaluar los resultados, articulando la comunicación entre niveles

2 Acuerdo Marco entre los Ministerios de Asuntos Sociales y de Sanidad y Consumo en materia de coordinación sociosanitaria y convenio de colaboración interministerial para la atención sociosanitaria de las personas mayores. En: Martínez Aguayo C, Gongorcena Aoiz MA, Regato Pajares P. Bases para la ordenación de los servicios de atención sanitaria a personas mayores. Noviembre 1995. Ed. Instituto Nacional de Salud. Gongorcena Aoiz MA, Sancho Castiello MT. Coordinación entre los servicios sanitarios y sociales para la atención a las personas mayores. Dos años de experiencia. En: Jornadas Europeas sobre la atención a las personas mayores dependientes. Ed. Instituto Nacional de la Salud, 1996.

y servicios³. De esta forma, en el servicio de enfermería de atención primaria se diferencian tres niveles de decisiones:

Un primer nivel de atención directa: las enfermeras de familia son las responsables de la aplicación del plan de cuidados de los pacientes confinados en el domicilio y de sus cuidadores, en estrecho contacto con los médicos de familia y las trabajadoras sociales de los equipos.

Un segundo nivel de gestión de casos: las enfermeras comunitarias de enlace son responsables de que el paciente y sus cuidadores alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, integrando el plan asistencial de todos los profesionales implicados, identificando los recursos necesarios para el cuidado (ayudas técnicas, oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición enteral, etc.), facilitando los servicios que son adecuados en cada caso, coordinando las actuaciones para conseguir los mejores resultados, siempre en estrecha colaboración con médicos generales y de familia, enfermeras de familia, trabajadoras sociales y fisioterapeutas de los equipos de atención primaria.

Un tercer nivel de gestión del servicio: el tercer nivel de decisión corresponde a la Coordinación de Enfermería del Distrito, responsables de facilitar y evaluar el servicio. También son responsables de garantizar los atributos del servicio de atención domiciliaria, es decir:

- Personalización del servicio: cada paciente/familia tendrá asignada una enfermera responsable de sus cuidados. Esta condición que parece obvia, no lo es: en los últimos años la tendencia general ha sido a organizar los servicios de enfermería por actividades, dispensarizando los cuidados por programas de salud o actividades.
 - El domicilio es el ámbito central de la provisión de servicios a las personas inmovilizadas. Las enfermeras de familia han de gestionar sus agendas de manera que dispongan de una parte de su jornada laboral para atender a sus pacientes en domicilio.
 - Las cuidadoras principales se considerarán usuarias del servicio de atención domiciliaria, es decir, en ocasiones puede que necesiten ser consideradas personas inmovilizadas, y como tales será preciso desplazar la cartera de servicios al domicilio (por ejemplo medidas preventivas, seguimiento y detección de patologías crónicas, etc.)
4. Mejorar las barreras de accesibilidad garantizando el acceso telefónico de los pacientes y cuidadores a los profesionales. Así como otras herramientas telemáticas disponibles para el próximo año, para atender demandas espontáneas de los usuarios y mejorar su percepción de seguridad.
 5. Diseño de un sistema de información de gestión de los cuidados para garantizar el análisis de la efectividad del servicio. En este sentido, se ha reforzado el número de equipos informáticos para mejorar el registro de la información que genera el servicio de enfermería. Así mismo, en la aplicación informática de la historia de atención primaria se incorporará un conjunto mínimo de datos enfermeros con elementos de la valoración, las intervenciones y los resultados. Para ello, el servicio propone utilizar la sistemática del proceso de valoración de enfermería:

Como instrumentos de valoración para detectar los problemas de los pacientes: Patrones Funcionales de M. Gordon o Necesidades Básicas de V. Henderson. Ambos instrumentos recogen: autopercepción de salud, capacidad para el autocuidado (valoración sensorceptiva, capacidad funcional, función cognitiva, función afectiva), rutinas de autocuidado en relación a

3 Definición de "gestión de casos" por la Case Management Society of America: Standards of Practice for Case Management. 2002. "Proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y avalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos"

alimentación, ejercicio, actividad-descanso, higiene, relaciones y desarrollo, aceptación de la enfermedad y sus secuelas, manejo de síntomas y del régimen terapéutico.

Como instrumentos de apoyo al diagnóstico se proponen test y escalas validados en nuestro medio, con las mejores características clinimétricas en cada caso (por ejemplo de riesgo de úlceras por presión, encuesta nutricional en el anciano, screening de deterioro cognitivo, percepción carga del cuidador, etc.) que estarán en la aplicación informática y en un manual editado por el SAS.

Como instrumento para clasificar los problemas de los pacientes, la taxonomía diagnóstica de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association). Para determinar las intervenciones: la NIC (Nursing International Clasification). Para determinar los resultados: la NOC (Nursing Outcomes Clasification)

En la práctica, las enfermeras comunitarias de enlace están ejerciendo de facilitadores del cambio, especialmente con los profesionales de enfermería. De tal forma, que posiblemente sea uno de los impactos de la estrategia: la profesionalización de las cerca de cuatro mil enfermeras de atención primaria que existen actualmente en la comunidad andaluza:

- ⇒ monitorizando los atributos del servicio: personalización de la asistencia; gestión de las agendas; elaboración de la cartera de servicios de enfermería para pacientes incapacitados, pacientes terminales, ancianos con criterios de fragilidad y altas hospitalarias.
- ⇒ facilitando el aprendizaje de la metodología de valoración de enfermería mediante tutorías clínicas: manejo de los instrumentos de valoración, clasificación NANDA; NIC; NOC.
- ⇒ facilitando el aprendizaje del manejo del software específico, que registra la información que genera el servicio de enfermería.
- ⇒ incorporando lo que aporta la evidencia científica, tanto al modelo organizativo, como a la práctica clínica ⁴

En la práctica estas enfermeras están siendo también facilitadoras de la continuidad de los cuidados, una vez que los pacientes ingresan en el hospital: ayudando a planificar las altas y formando parte de las comisiones de área para la continuidad de cuidados, donde se toman las decisiones en relación a la comunicación entre atención primaria y especializada.

Dentro de sus objetivos se contempla también la coordinación sociosanitaria de la zona, incorporándose a los mecanismos que estén establecidos o propiciando estrategias que la mejoren. Todo ello, en estrecha colaboración con los trabajadores sociales de salud y de los servicios sociales comunitarios.

Algunas de estas medidas han ocasionado dificultades con sectores profesionales. Por ejemplo con los trabajadores sociales, ante el temor de que las enfermeras comunitarias de enlace asuman competencias que no les corresponden. La experiencia canaria avala los resultados, habrá que esperar aún unos meses para tener los andaluces. Aunque es posible que las enfermeras de enlace estén poniendo sobre la mesa de los responsables en la administración carencias del sistema como falta de recursos, en este caso profesionales, como es el escaso número de trabajadoras sociales de salud y de los servicios sociales comunitarios.

⁴ Contel Segura JC. Impacto de la atención domiciliar preventiva en el ingreso en centros sociosanitarios, estado funcional y mortalidad. FMC 2002; 9 (6): 459

Benítez del Rosario MA. ¿Son útiles en la población anciana los programas de prevención y promoción de la salud realizados en el domicilio? Resultados de un metaanálisis. FMC 2002; 9 (6): 457

Benítez del Rosario MA. ¿La intervención de enfermeras especializadas obtiene mejores resultados que el cuidado realizado por los médicos de familia en pacientes afectados por la enfermedad de Parkinson? FMC 2002; 9(8):628

La propuesta del Servicio Andaluz de Salud, aunque pueda considerarse precipitada en algunos aspectos, y hubiera requerido algunos meses más para cuidar los detalles, en ningún caso ha de considerarse improvisada: en todo caso, responde a la madurez profesional de las enfermeras andaluzas de atención primaria, que tienen su centro de interés en liderar los cuidados de la población andaluza, y no otro tipo de liderazgos.

Independientemente de corporativismos profesionales, lo cierto es que el espacio sociosanitario, donde se articulen los recursos sociales y sanitarios y, donde se puedan aplicar fórmulas para conseguir una combinación sincrónica entre cuidados informales y profesionales, será el reto pendiente para los próximos años, y no es un espacio para competir, sino para compartir, los profesionales y las administraciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Contel JC, Gené J, Peya M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona, Springer-Verlag Ibérica, 1999.
2. Decreto 137/2002 de Abril, Apoyo a las Familias Andaluzas. BOJA.
3. Gonzalo Jiménez, Toral López I, Ruiz Barbosa C., Martín Santos FJ, Morales Asensio JM. Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud.