

## Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria.

Towards a new model of care in the pluripatologic patient. Point of view of the primary care nursers

**María Arántzazu González Álvarez.** *Especialista en Enfermería F y C. Especialista en Enfermería Geriátrica.*

**Maria Teresa Quinteiro Dopazo.** *Enfermera de AP (C.S. El Llano, Gijón)*

**Fernanda del Castillo Arévalo.** *Enfermera de AP (C. S. Contrueces, Gijón)*

**Ana Cao Fernández.** *Subdirectora de Enfermería área V.*

**Eugenia Fernández González.** *Enfermera de AP (C.S. El Coto, Gijón)*

**Maria Elena Álvarez Alonso.** *Enfermera de AP (C.S. Venta de las Ranas, Villaviciosa)*

### Cómo citar este documento

González Álvarez MA, Quinteiro Dopazo MT, del Castillo Arévalo F, Cao Fernández A, Fernández González E, Álvarez Alonso ME. Hacia un nuevo modelo de atención en los cuidados del paciente pluripatológico. Punto de vista de las enfermeras de Atención Primaria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2014 Ago ; 2 (3): 36-42

### Resumen

La reorientación de los sistemas sanitarios hacia la atención a la cronicidad desde un modelo integral en el que se garantice la continuidad de la atención y se busque la excelencia y la eficiencia parece una tarea ineludible para los diferentes servicios de salud.

En el Área Sanitaria V se puso en marcha un grupo de trabajo compuesto por profesionales de distintas disciplinas, tanto de Atención Primaria (AP) como de diversos servicios de Atención Hospitalaria (AH), para elaborar una propuesta de mejora de la atención a los pacientes con pluripatología. Presentamos un resumen de dicha propuesta elaborada por las enfermeras de AP.

### Palabras Clave

*Enfermeras de salud comunitaria, enfermedad crónica, continuidad de la atención al paciente.*

## Abstract

The reorientation of health care systems towards chronicity from a comprehensive model in which to ensure the continuity of care and seek excellence and efficiency seems essential for health services. The Health District V working group, composed of professionals from different disciplines, both Primary Care and various services of Hospital Care, was created in order to develop a proposal for improving the care of patients with pluripathology. A summary of the proposal, developed by primary care nurses, will be subsequently presented.

## Keywords

*Nurses community health, Chronic disease, Continuity of Patient Care.*

## Introducción

Desde el inicio de la AP en el año 1985, en Asturias, se responsabilizó a las enfermeras de prestar cuidados a pacientes con patologías crónicas, si bien de una forma fragmentada, basándose en los protocolos existentes para unas patologías definidas y atendiendo a unas Normas Técnicas Mínimas recogidas en la Cartera de Servicios que medía básicamente datos clínicos; así mismo se les responsabilizó de la atención a los pacientes inmovilizados, aunque el impacto de esta atención nunca se haya podido evaluar correctamente.

Nuestro grupo de trabajo considera que la AP es el ámbito ideal para proporcionar una respuesta eficaz a las necesidades de cuidados de las personas con pluripatología y el nivel desde donde se debe liderar y coordinar las estrategias asistenciales relativas a estos pacientes.

En diferentes CCAA, en las que tal vez se dé un escaso desarrollo de la AP, para dar respuesta a las necesidades de cuidados de los pacientes con problemas crónicos, han creado diferentes modelos de atención, en los que incluyen las enfermeras gestoras de casos o de enlace comunitarias, sin tener en cuenta la capacitación y las posibilidades de desarrollo competencial de las enfermeras de AP.

Nuestra propuesta es avanzar hacia un modelo de Gestión de cuidados para los pacientes pluripatológicos liderado por las enfermeras de AP; este modelo va dirigido a personas con un perfil de fragilidad, vulnerabilidad o complejidad, caracterizado por discapacidad funcional, escasez de recursos socio-familiares, necesidad de apoyo para actividades básicas de cuidado personal y actividades instrumentales, para el manejo y control de síntomas, para el manejo del régimen terapéutico, necesidad de cuidados multidisciplinares y continuados, y que demanda múltiples recursos de toda la red asistencial. Es un perfil que espera seguridad y continuidad de sus cuidados en los distintos ámbitos en los que se encuentre, y que para ello precisa un profesional responsable a lo largo de todo su proceso asistencial.

Creemos que las enfermeras de AP tienen, o deben tener, las competencias necesarias para el manejo de estos pacientes y actúan o pueden actuar como gestoras de cuidados en el centro y en el domicilio, con la capacidad de educar y coordinar recursos. Clara muestra de ello es que todas las competencias que se definen para las enfermeras gestoras de casos en AP, están presentes en el programa formativo de la enfermera especialista en salud familiar y comunitaria. Pero no podemos obviar la variabilidad de acción existente entre los profesionales de nuestros Centros de Salud, entre ellos las enfermeras, por tanto, es necesario desarrollar mecanismos conducentes a disminuir esta variabilidad mediante la formación continuada y el establecimiento de guías clínicas y protocolos de actuación que

mejoren las competencias de los profesionales en beneficio de la población y de la sostenibilidad del sistema y que promuevan trabajar con metodología enfermera y con la mejor evidencia científica disponible.

La administración sanitaria debe generar cambios desde un modelo global, aprovechando los recursos humanos de los que ya dispone, adecuadamente coordinados y revalorizando a las enfermeras de familia.

Debemos definir un modelo de atención en el se prioricen las actuaciones para prevenir o retardar las enfermedades; para ello debemos trabajar por un lado en estrategias que faciliten el empoderamiento del individuo en su óptimo autocuidado y por otro invertir en el desarrollo de intervenciones comunitarias de promoción y prevención, llevadas a cabo por enfermeras de AP, para promover una mejor salud en la población y dar un servicio más global, en el que la atención se inicie en las fases precoces de las enfermedades, cuando la situación de los pacientes ofrece mejores perspectivas de recuperación.

Una vez instaurada la enfermedad este modelo de atención debe asegurar la continuidad de los cuidados en las transiciones asistenciales, entendiendo estas como algo temporal, y con el objetivo de una reincorporación planificada a su domicilio y comunidad.

Proponemos avanzar hacia un modelo de Gestión de cuidados, planteando un procedimiento que agrupa y ordena las actividades que llevan a cabo las enfermeras de AH y AP en los modelos de gestión de casos, de manera que en AP estas son asumidas por la enfermera familiar y comunitaria como responsable del proceso salud-enfermedad del paciente a lo largo de su vida, y por las enfermeras del ámbito hospitalario en los ingresos temporales, siempre de manera coordinada, ya que la reducción de descompensaciones y de hospitalización evitables, dependen de un manejo adecuado compartido por AP y AH.

Consideramos que para llevar a cabo este proyecto se debe tener en cuenta varios elementos clave y se precisan unos requisitos.

## Desarrollo

### 1. Elementos clave

- Orientación hacia un modelo de atención proactivo y coordinado entre los diferentes niveles asistenciales.
- El paciente como eje central.
- Desde una perspectiva integral de la persona, que contemple su entorno y sus cuidadores, evitando centrarse en una determinada enfermedad predominante.
- Con abordajes individualizados, adaptando los cuidados a las distintas fases de su proceso y las necesidades del individuo
- Enfatizando las intervenciones tendentes a la capacitación de las personas para su autocuidado, fomentando la responsabilidad sobre su propia salud y evitando la dependencia de los profesionales sanitarios. Todo ello con el fin de lograr el empoderamiento de las personas en su óptimo autocuidado. Proporcionarles las herramientas necesarias para tomar sus propias decisiones en relación con su salud, pero siempre desde el conocimiento.
- Haciendo efectiva una adecuada coordinación interniveles y con servicios sociales.

## 2. Requisitos necesarios, deseables alcanzar a corto/medio plazo:

- Formación a los profesionales para la adquisición de conocimientos específicos.
- Aplicación de protocolos y guías clínicas que recojan la aportación de las enfermeras.
- Promoción del trabajo en equipo entre médico, enfermera y trabajador social y otros perfiles profesionales implicados.
- Definir las responsabilidades y las acciones que deben desarrollar cada miembro del EAP para que cada uno desarrolle su campo competencial promoviendo la eficiencia del sistema.
- Adecuar la herramienta informática para facilitar el registro y la elaboración de Planes de Cuidados.
- Definir los indicadores precisos para medir y evaluar estos procesos, desde el marco de la calidad y eficiencia, no solo de la actividad, indicando a los profesionales la forma de registro, cómo se realizará la medida y proporcionando feed-back de los resultados como medida para favorecer el cumplimiento de actividad.
- Adecuar los recursos de enfermeras en los Centros de Salud según las necesidades de cuidados y la complejidad de los mismos.
- Compromiso institucional para la potenciación de las enfermeras de AP como gestoras de cuidados de los pacientes frágiles y pluripatológicos mediante el impulso de un cambio en el modelo de atención en AP.

## 3. Identificación y captación de la población diana

La identificación se realizará en cualquiera de los dos niveles asistenciales teniendo en cuenta de forma prioritaria una serie de características:

- Presencia de enfermedad avanzada y/o pluripatología, con importante morbilidad e inestabilidad clínica y polimedicación.
- Enfermedad irreversible con recuperación variable, buscando fundamentalmente como objetivo la mejora de la calidad de vida.
- Dependencia para las AVD por incapacidad física y/o cognitiva.
- Problemas psicológicos y/o sociofamiliares de gran importancia de cara a la recuperación.
- Edad avanzada con ingresos hospitalarios frecuentes.

## 4. Propuesta para la continuidad de cuidados

Existen dos tipos de transiciones asistenciales en las que debemos asegurar una adecuada coordinación y transmisión de la información:

### 4.1. De AP a AH

En caso de *ingreso programado* de pacientes identificados como población diana, deberíamos incorporar en el medio plazo, el *informe de continuidad de cuidados de enfermería al ingreso*, donde se recogería la información de la situación previa del paciente (la información mínima sería la Valoración Enfermera, Diagnósticos de Enfermería, cuidados actuales y recomendaciones al ingreso).

Debería adaptarse la herramienta OMI-AP para elaborar automáticamente este informe y que pueda visualizarse a través de la Historia Resumida de Salud.

#### 4.2. De AH a AP

Hemos definido que todas las actividades a realizar con un paciente con altas necesidades de cuidados en su domicilio pueden ser coordinadas por la enfermera comunitaria de referencia del paciente, pero durante el ingreso hospitalario también debemos garantizar una atención integrada y coordinada y una continuidad real de los cuidados en la transición al domicilio tras el alta.

Para ello **creemos necesario contar en el Área con la figura de una enfermera hospitalaria** que sería la responsable de la **coordinación** de los cuidados que precise el paciente y su familia o cuidador durante el ingreso y también al alta, garantizando la continuidad informativa y asistencial.

### 5. Acciones que deben desarrollar las enfermeras de familia con el paciente y su cuidador

De forma general el papel de la enfermera de familia en la atención a los pacientes con enfermedades crónicas se centra en:

- la identificación de situaciones de déficits de autocuidados,
- la detección precoz de signos de descompensación y su abordaje,
- el fomento de la adherencia terapéutica y la promoción de hábitos de vida adecuados,
- la información y la educación sanitaria orientada hacia el autocuidado,
- la elaboración de planes de cuidados según las necesidades de cada individuo,
- el asesoramiento ante dudas y dificultades del paciente y su familia,
- el apoyo emocional para el mejor afrontamiento de la enfermedad y la posible pérdida de funcionalidad,
- la atención simultánea al cuidador principal, no solo para el asesoramiento de los cuidados que asume, sino abordando sus problemas, dando apoyo emocional y social y previniendo la aparición de patologías físicas y psíquicas,
- y asegurar la continuidad asistencial mediante una adecuada coordinación con el médico de familia del paciente y con el segundo nivel.

### 6. ¿Qué hacer en la consulta o domicilio?

Las características de estos pacientes frágiles, con comorbilidad, dependientes y con múltiples necesidades de cuidados, hace que en muchos casos tengan grandes dificultades para acudir al Centro de Salud y que se vean favorecidos por la atención domiciliaria; las enfermeras de Atención Primaria debemos asegurar a estos pacientes una atención integral y

*"Todas las actividades a realizar con un paciente con altas necesidades de cuidados en su domicilio deben ser coordinadas por la enfermera comunitaria de referencia del paciente"*

longitudinal por ello deberíamos promover de forma proactiva la atención domiciliaria de todos aquellos con dificultad para desplazarse.

Tanto en el Centro de Salud como en el domicilio, se realizará una valoración integral siguiendo el modelo de patrones de salud que incluya una valoración funcional mediante las escalas habituales (Barthel o Katz) , valoración cognitiva si procede (Pfeiffer y minimal test) y una valoración de signos y síntomas susceptibles de empeoramiento de sus procesos; se trata de detectar: necesidades de cuidados (educativas, cognitivas, físicas y psicosociales), la capacidad para el autocuidado, problemas de colaboración y necesidades en el cuidador principal; una vez detectadas las necesidades del paciente y cuidador se realizará un plan de cuidados y se llevarán a cabo las intervenciones pertinentes a través de una serie de actividades de enfermería.

Para el registro de la actividad en OMI-AP proponemos la creación de un Plan Personal Jerárquico ("ppj") transversal que recoja elementos clave de la atención enfermera y que pueda servir para cualquier patología crónica o para el paciente pluripatológico, olvidando centrarse exclusivamente en datos clínicos, signos y síntomas y parcelando en diferentes episodios la actividad integral desarrollada.

La periodicidad de las visitas tanto si son en el Centro de Salud como en el domicilio, irá en función de las necesidades de cada paciente y su nivel de dependencia, siendo apropiado establecer de forma consensuada con el personal del área un cronograma con unas visitas mínimas. Existen protocolos dentro de los programas de atención domiciliaria, donde se establece la periodicidad mínima de las visitas según la suma del número de procesos crónicos del paciente y su grado de dependencia.

## Conclusión

La importante transformación que está sufriendo la estructura de la población en las últimas décadas exige un nuevo rumbo en el abordaje de la cronicidad. Para dar respuesta a estos cambios, en este año 2014, se presenta en Asturias el Plan de Ordenación de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias bajo el lema: Personas sanas, Poblaciones sanas. La aparición de fenómenos como la Pluripatología, la cronicidad y la polimedicación requieren de una actuación integradora y centrada en el paciente y en la comunidad.

Apostamos por la figura de la Enfermera Familiar y Comunitaria como elemento clave dentro del modelo de gestión de cuidados sin necesidad de crear un modelo fragmentador de los mismos. Todo ello acorde con las nuevas líneas estratégicas del Principado en las que se apuesta por la participación y la autonomía del paciente y por una continuidad asistencial en pacientes crónicos complejos, facilitando a los profesionales una adaptación de las intervenciones priorizando que el tiempo sea dedicado a actividades con mayor valor añadido, evitando burocracias y duplicidades.

Y en cuanto a otra línea estratégica que es la *Salud en todas las políticas*, se apuesta por la promoción de estilos de vida saludables, alimentación, ejercicio físico, tabaco y alcohol y en todo ello la Enfermera Familiar y Comunitaria juega un papel fundamental.

## Bibliografía

1. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
2. Manual de competencias del/ de la enfermero/a gestor/a de casos. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud. Junio 2012.

3. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el Programa Formativo de la Especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. BOE num 157. 29 de junio de 2010.
4. Ferrer Arnedo, C. Liderazgo enfermero en la gestión de la cronicidad. *Metas de Enfermería* 2011; 14 (8): 3-3
5. Morales JM, Sarriá A. "Modelos alternativos de atención para pacientes con insuficiencia cardiaca: revisión sistemática". *Rev Calidad Asistencial*. 2006; 21:51-60.
6. Ferrer C. El abordaje de la cronicidad: la enfermería comunitaria ante una estrategia asentada en el cuidado. *Revista EFC*. Vol 1, nº 1- febrero 2013. Ed SPA.
7. Morales Asencio, JM. El liderazgo de la atención a personas con enfermedades crónicas complejas. *RIDEC*. 2010; 3 (2): 97-105
8. Martínez Carpio A, Miguelez Chamorro A, Ferrer Arnedo C, Sarabia Cob C, Espejo Matorrales F, Contel Segura JC et al. Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia para la atención a las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad. Grupo de Crónicos de FAECAP, mayo 2013.
9. Morales Asencio, JM. Investigación en implementación de servicios enfermeros de atención a pacientes crónicos y dependientes. *Index de Enfermería* 2009; 18(4): 249-257
10. Vázquez García R, Berenguer García MJ, Calderón Sandubete EJ, Castro Fernández AJ, Cubero Gómez JM, Cuevas Fernández-Gallego M et al. Insuficiencia Cardiaca. Proceso asistencial integrado. Junta de Andalucía. 2012 [acceso 10 de junio de 2013]. Disponible en [http://www.google.es/url?q=http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p\\_3\\_p\\_3\\_procesos\\_asistenciales\\_integrados/insuficiencia\\_cardiaca/insuficiencia\\_cardiaca\\_2e.pdf&sa=U&ei=ysvXU86IKseo0QXLuIDgAQ&ved=0CBQQFjAA&sig2=Gh7MTAWTtV3Pf2zX0yBSlg&usq=AFQjCNHscU7SRSfnIHG4fiW1DohAcEudFQ](http://www.google.es/url?q=http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/insuficiencia_cardiaca/insuficiencia_cardiaca_2e.pdf&sa=U&ei=ysvXU86IKseo0QXLuIDgAQ&ved=0CBQQFjAA&sig2=Gh7MTAWTtV3Pf2zX0yBSlg&usq=AFQjCNHscU7SRSfnIHG4fiW1DohAcEudFQ)
11. Pérez Otero R, García García M, del Castillo Arévalo F. Atención de Enfermería a pacientes con Insuficiencia Cardíaca en Atención Primaria. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*. 2013 Abr; 1 (2): 9-26.
12. Rico-Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos *Enferm Clin*. 2014; 24(1): 44-50.
13. SEMAP. El papel de la enfermera familiar y comunitaria en la cronicidad. Cuadernos SEMAP. 2013 [acceso 17 de diciembre de 2013]. Disponible en [http://www.semap.org/docs/CUADERNOS\\_SEMAP\\_El\\_papel\\_de\\_la\\_EFyC\\_en\\_la\\_cronicidad.pdf](http://www.semap.org/docs/CUADERNOS_SEMAP_El_papel_de_la_EFyC_en_la_cronicidad.pdf).
14. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica en Asturias. 2014 [acceso 23 de Junio de 2014]. Disponible en: [http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA\\_V3VD.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA_V3VD.pdf).
15. Programa de atención domiciliaria. Centro de Salud Rafalafena. 2010 [acceso 7 de julio de 2014]. Disponible en: <http://ww2.castello.san.gva.es/csrafalafena/imagenes/otros/at%20domiciliaria.pdf>.