

# La intensidad y diversidad son claves en la atención domiciliaria de enfermería

## **VII JORNADAS SEAPA**

### **Enfermería: Competencias y nuevos desafíos**

Oviedo 3 de octubre de 2014

Dolores Corrales

Centro de Salud Plaza de Argel

Cáceres



# ¿Las upp siguen centrando el trabajo domiciliario de la enfermería?

- ❖ Mientras las enfermeras continúen encerradas entre las cuatro paredes de las consultas, los encamados en sus domicilios seguirán cubiertos de escaras.
- ❖ Las UPP es el factor predictor más destacado para recibir visitas domiciliarias de enfermería.

(Gene Badía J. 2011)

(Antón Nardiz MV.)

Revertir la situación  
La ATENDOM más proactiva y menos reactiva

- ❖ Desarrollo de los cuidados domiciliarios
- ❖ Qué conocemos a cerca de la ATENDOM que realizan las enfermeras de AP
- ❖ Qué opinan los enfermeros y enfermeras de los cuidados domiciliarios que aplican: A propósito de una encuesta
- ❖ ¿Es posible integrar la ATENDOM como parte esencial del desarrollo profesional en un contexto que prima la superespecialización, fragmenta la atención y estimula el ahorro?

## Desarrollo de los cuidados domiciliarios

La contribución de las enfermeras visitadoras al logro de objetivos salubristas y al desarrollo de la higiene y la salud pública en la España contemporánea se inició en los años 1920, alcanzando un importante grado de institucionalización durante la Segunda República.

Su labor se centraba en prestar cuidados a las familias en sus propios domicilios y realizar visitas periódicas para difundir normas de higiene, economía doméstica o puericultura y eran consideradas un enlace entre el sistema sanitario y las familias. Dicha institucionalización no estuvo exenta de conflictos de género..



# DESAROLLO DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

No se oponen los practicantes a la creación de organismos auxiliares a base de la mujer, muy indicada para determinados servicios... Y ahora preguntamos: ¿cómo se soluciona la asistencia rural? Las enfermeras se prestarían a atravesar abruptas sierras, a pie o en caballerías, y en noches de rudo invierno para sangrar a un enfermo, ponemos por ejemplo? Ni ello es función de mujer ni es humano exigirlo, justo es reconocer la necesidad absoluta del practicante rural, y ocioso y perjudicial tratar de engañarnos, creyendo que una señorita educada profesionalmente con el merecido esmero en los grandes centros hospitalarios, puede en un momento cambiar su blanco y arrogante uniforme por una vida que exige una abnegación heroica que le concedemos, pero a su vez una resistencia física que su condición de mujer le impide poseer...

(Romero L. Anhelos de una clase. El practicante, único auxiliar técnico del médico. El Sol. 1931.)

# DESAROLLO DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

Entre los años 1951 y 1977 se construyeron en España 131 hospitales de la Seguridad social...

Generándose una demanda muy importante de ATS.....

Ante esta problemática el Instituto Nacional de Previsión decide la creación de escuelas de ATS femeninos que ubica en sus hospitales, llegándose a crear hasta el año 1976 hasta 61 escuelas, dando respuesta inmediata a la demanda de estos profesionales, mediante la integración de las alumnas en las prácticas hospitalarias..

(Revista Rol de Enfermería nº 91. Febrero, 1986)

# DESARROLLO DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

Hasta finales de los 70, los cuidados domiciliarios recayeron en los practicantes, ATS y matronas de APD y de zona

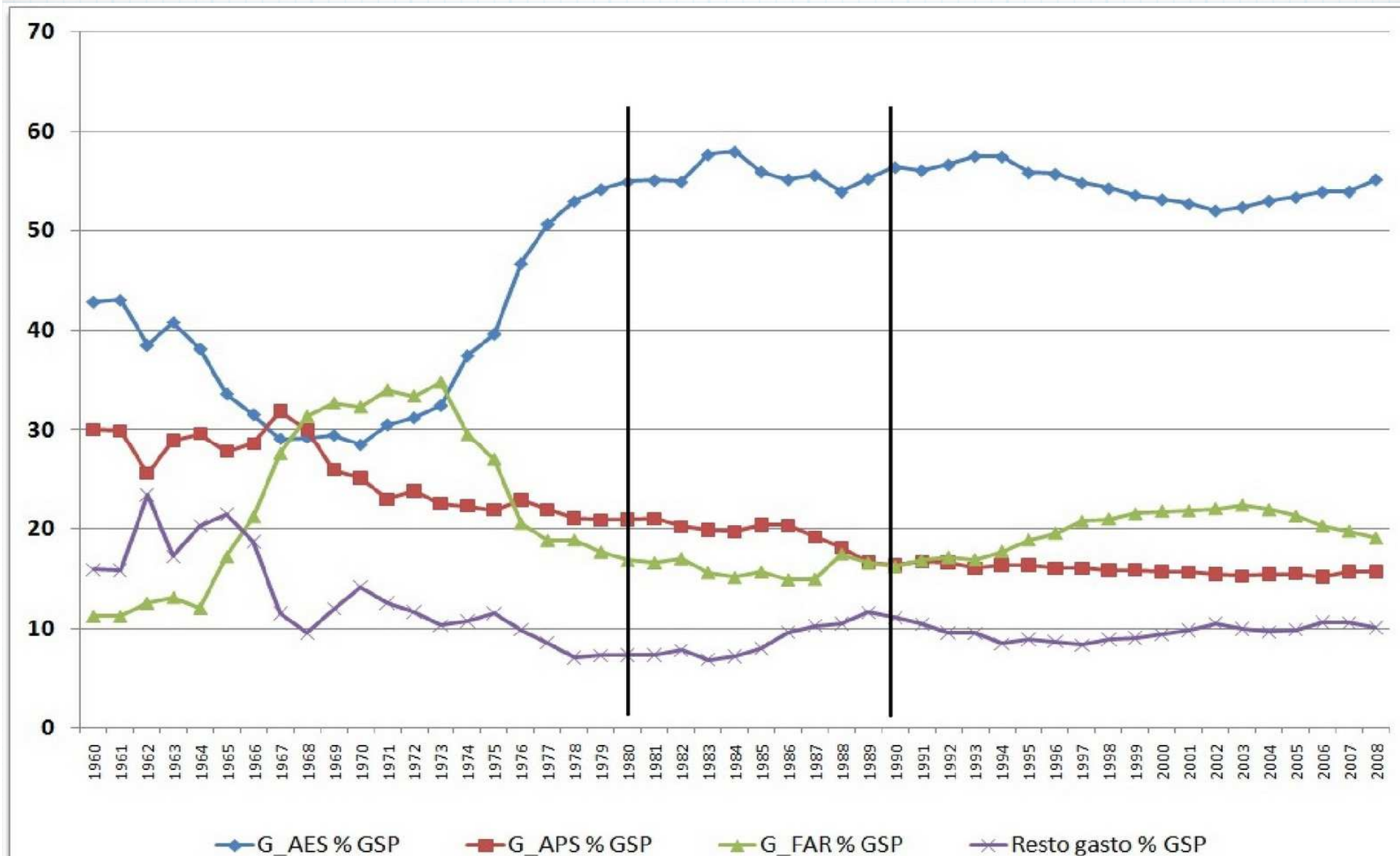
En los años 80 tras la reforma de la AP, la enfermería comunitaria recobra un nuevo impulso :

- ❖ Nuevas responsabilidades con la población y en ámbitos de trabajo diferenciados y con una orientación comunitaria

La reforma sanitaria no se tradujo en un desarrollo profundo y sostenido de la AP



# Gasto Sanitario Público por Sectores. España 1960-2008



# DESARROLLO DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

Uno de los principales objetivos políticos de la reforma sanitaria no se ha cumplido:

Orientar el sistema sanitario hacía la Atención Primaria

Descremado  
sociológico de la  
AP

A más renta  
más hospital y a  
más  
envejecimiento  
más AP

También están en cuestión los  
contenidos de las consultas,  
los roles profesionales, la  
coordinación/relación entre  
niveles

Hemos relegado las  
actividades que mejor  
encarnan la nueva  
identidad de las  
enfermeras  
comunitarias, como la  
educación para la  
salud, el entrenamiento  
en autocuidados o la  
atención domiciliaria

# DESARROLLO DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

Cronicidad, pluripatología, fragilidad, polimedicado, fragmentación de la atención, falta de continuidad etc. son palabras que impregnan el discurso asistencial y profesional de los distintos entornos de la atención: Hospitalaria, Atención primaria y Atención social

Resurgimiento de los cuidados domiciliarios

Estrategias para el abordaje de la cronicidad en el Sistema nacional de Salud, 2012

FAECAP: Documento sobre crónicos y ancianos frágiles

Declaración de Sevilla: Conferencia nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas, 2011

# QUÉ CONOCEMOS A CERCA DE LA ATENDOM QUE REALIZAN LAS ENFERMERAS DE AP

❖ La enfermería lidera el programa en el 64% de los casos, dedicando 5,09 h/semana, el doble que los médicos y los trabajadores sociales.

*Aten Primaria 2003;31(8):473-9 | 473)*

❖ El número de visitas por paciente y año en enfermería varía de 3,8 a 5,09 mientras que el número de visitas médicas en estos mismos estudios está entre 2,3 y 2,6 visitas por paciente y año.

*(Visita programada de enfermería a pacientes mayores de 65 años. Madrid: Instituto de Salud Carlos III, Ministerio de Sanidad y Consumo; 2002.)*

❖ Los pacientes de atención domiciliaria en Cataluña reciben un promedio de nueve visitas de enfermería por año con una gran variabilidad entre los pacientes

*J. Gené Badia et al / Gac Sanit. 2011;25(4):308-313*

❖ El número medio de casos por profesional oscila entre 5,5 y 9,5, situándose la prevalencia por 1000 habitantes en torno a tres casos..

*(Vega T et al. Gac Sanit. 2011; 25:205-10)*



## QUÉ OPINAN LOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

A partir de tres casos clínicos procedentes de la práctica clínica habitual: Paciente con cáncer terminal, paciente anciana en fase agónica y paciente quirúrgico de alta hospitalaria, se elaboró una encuesta que cumplimentaron profesionales de enfermería que realizan atención domiciliaria en Asturias y en Extremadura.

Se entregaron 120 encuestas: la tasa de respuestas fue del 87%. De las 105 encuestas cumplimentadas, 75 son de profesionales de Extremadura y 30 de Asturias



# QUÉ OPINAN ESTOS ENFERMEROS Y ENFERMERAS DE LOS CUIDADOS DOMICILIARIOS

Preferencias de los enfermeros/as en relación con el tipo de paciente

Percepción de los profesionales sobre:

- ❖ Su nivel de capacitación según componente técnico, preventivo/de promoción y psicosocial
- ❖ La formación recibida para la ATENDOM
- ❖ Suficiencia/insuficiencia de recursos materiales y ayudas sociosanitarias
- ❖ Su grado de autonomía

Actividades realizadas con mayor frecuencia

Utilización de protocolos

## Características de los profesionales de enfermería que realizan ATENDOM en AP

Mujer diplomada en enfermería (92.4%) mayor de 50 años (38.1% más de 55)

Mayoritariamente con estabilidad laboral: 70% estatutarios fijos

Con gran experiencia de trabajo en AP: Entre 10 y 20 años. El 40% más de 20 años

Con una vinculación profesional con la población mantenida a lo largo de bastante tiempo, entre 10 y 20 años y más de 20.

# Características de los profesionales de enfermería que realizan ATENDOM en AP

## Formación y capacitación

- ❖ El 75% de los encuestados consideran que su formación es suficiente para poder atender específicamente a los casos presentados
- ❖ Entre el 75% y el 80% de la muestra se encuentran bastante capacitados para abordar los aspectos técnicos y preventivos de la atención
- ❖ El porcentaje de respuestas es algo menor en relación con la capacitación para abordar aspectos del área psicosocial

# Suficiencia/Insuficiencia: Recursos/Ayudas- Prestaciones Sociosanitarias

Tipo de Paciente	Paciente Quirúrgico		Paciente anciano agónico		Paciente terminal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Me resulta fácil la gestión de ayudas/prestaciones sociosanitarias para atender a este tipo de paciente						
Totalmente de acuerdo	8	7.6	5	4.8	5	4.8
Bastante de acuerdo	32	30.5	39	37.1	24	22.9
<b>Algún nivel de acuerdo</b>	<b>39</b>	<b>37.1</b>	<b>35</b>	<b>33.3</b>	<b>41</b>	<b>39</b>
<b>En desacuerdo</b>	<b>23</b>	<b>21.9</b>	<b>23</b>	<b>21.9</b>	<b>28</b>	<b>26.7</b>
<b>En total desacuerdo</b>	<b>3</b>	<b>2.9</b>	<b>3</b>	<b>2.9</b>	<b>7</b>	<b>6.7</b>



¿Este profesional que acabamos de describir podría abordar los cuidados domiciliarios de un cupo de pacientes bien dimensionado, un cupo medio en torno a 1500 TIS?

Los mejores cuidados son los que se prestan por personal competente, en el menor plazo de tiempo posible y lo más cerca posible del domicilio del paciente



Intensidad  
clave

Altamente motivados  
Vencer obstáculos: del  
profesional y  
del contexto de la atención  
( fragmentación,  
descoordinación, gestión  
inaccesible de los recursos  
socio-sanitarios etc



## Resultados encuesta y principales obstáculos ATENDOM

- ❖ El desplazamiento y desarrollo de la actividad fuera del centro
- ❖ Presión asistencial versus carencias organizativas
- ❖ La indefinición de los cuidados de enfermería
- ❖ La variabilidad de la práctica clínica
- ❖ Escasa incorporación a la práctica clínica de valoraciones de los pacientes
- ❖ Escasa evaluación de los cuidados con criterios de efectividad
- ❖ La formación de los profesionales

# Actitud ante el tipo de paciente/ubicación

**Ante el enunciado** " Si pudiera elegir qué tipo de paciente atender en ATENDOM elegiría este tipo " :

Entre el 50% y 60% responden que lo elegirían con bastante ó total certeza

El 25% lo elegiría en alguna ocasión

Alrededor del 20% no lo elegiría casi nunca o nunca( 25% en caso P. terminal)

**Ante el enunciado** " Esta visita le provoca algún grado de molestia " :

El 50% admiten algún grado de molestia frente al mismo porcentaje que afirma no molestarle nada

## Ubicación: Porcentajes Atención Primaria

Paciente  
Quirúrgico  
60%

Paciente  
anciano  
agónico  
80%

Paciente terminal  
50%

## Obstáculos ATENDOM

### El desplazamiento y desarrollo de la actividad fuera del centro

- Si no fuera porque hay que hacer visitas y salir del centro, más gente del hospital pediría traslado a AP
- Debería haber un equipo para las tareas fuera del centro
- Generalmente a los pacientes terminales los ven los de cuidados paliativos
- Es que aunque les adviertas de que te avisen a la mínima que observen algo en la piel, cuando lo hacen es demasiado tarde y ya estamos ante una UPP
- Ya me gustará a mí ver aquí a algunos (barrio deprimido, de clase social baja), a ver qué tal se desenvolvían , y luego hablamos de ATENDOM

### Elementos facilitadores

### Incentivos económicos y motivacionales

# Obstáculos ATENDOM

## Presión asistencial versus carencias organizativas/financiación

El nº medio de casos por profesional oscila entre 5.5 y 9.5, situándose la prevalencia por 1000 habitantes en torno a tres casos

(Vega T et al. Gac Sanit. 2011; 25:205-10.

1500: 9 casos con necesidades reales y puntualmente intensas de cuidados

**¿Es asumible esta carga de trabajo por enfermería?**

Importantes cambios organizativos

Las demandas de los pacientes y las actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médico no pueden seguir orientando la agenda de los cuidados domiciliarios de enfermería

### **Elementos facilitadores**

**AP: Coordinar todos los requerimientos asistenciales de los pacientes**  
**Aumentar los recursos sociosanitarios**  
**Aumentar la competencias de las enfermeras de AP**



# Autonomía profesional

Paciente agónico:

La hija le plantea la posibilidad de ponerle una sonda nasogástrica para darle algo de comer:

1. Esa cuestión debería plantearse al médico
2. Yo no estoy autorizado/a para decidir sobre ese tipo de procedimiento
3. En realidad la comida en esta situación no es importante
4. Se ofrece para comentarle la situación al médico y llamarla de nuevo
5. Y a conoce la situación de su madre, está en fase agónica y no debe iniciarse alimentación enteral ni parenteral



## Obstáculos ATENDOM

### La indefinición de los cuidados de enfermería/Falta de autonomía

La población no identifica a la enfermera como una fuente asistencial, preventiva y curativa en sí misma

Los médicos: actividades técnicas

Los enfermeros seguimos más cómodos en las actividades derivadas del diagnóstico y tratamiento médicos

¿Hemos descuidado las posibilidades de promoción que el espacio de los cuidados domiciliarios nos ofrece?

Gran conocimiento de las personas y de su entorno familiar y social

Posibilita una rápida identificación de sus problemas y necesidades

Cuidado anticipatorio: Más cuidados y más variados

Más atribuciones

En las agendas de los cargos importantes de los sistemas de salud nacional y autonómicos no figura el impulso de los cuidados enfermeros



## Utilización de protocolos /Variabilidad de la práctica clínica

¿Utiliza algún/algunos protocolos para atender a este tipo de pacientes?

Pocas veces-Casi nunca o nunca: 45%

Con cierta frecuencia: 36%

Siempre utilizo protocolos: 17%-20%:

(22% en caso paciente terminal)

# Obstáculos ATENDOM

## La variabilidad de la práctica clínica

**TABLA  
1**

### Principales protocolos utilizados en atención domiciliaria

Protocolos	EAP que los utilizan (%)
Úlceras por presión	69,1%
Terminales	43,6%
Encamados	41,8%
Dolor	40,9%
Eliminación	38,2%
Alimentación	30,9%
Oxigenoterapia domiciliaria	29,4%
Demencias	23,6%
Sondaje	7,2%
Duelo	2,7%
Incontinencia	2,7%
Hemiplejía	0,9%

## Escasa incorporación a la práctica de V. de enfermería y E.S

Tipo de paciente	Paciente quirúrgico		Paciente anciano agónico		Paciente con Cáncer terminal	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Actividades preventivas	24	22.9	28	26.7	41	39.0
Tratamientos, curas, parámetros vitales	84	80	44	41.99	58	55.2
Abordaje problemas emocionales Pacte/cuidador	40	38.0	67	63.0	62	59.0
V. Necesidades y problemas sociales	26	24.8	22	21.0	39	37.5
Valoración Necesidades fisiológicas	13	12.4	38	36.2	31	29.6
Educación salud	21	20	1	1.0	11	10.6



## Obstáculos ATENDOM

### Escasa evaluación de los cuidados con criterios de pertinencia y efectividad

¿Podemos explicar cuál es la contribución de los cuidados de enfermería a los resultados en salud de los pacientes?

Delimitar nuestras competencias en igualdad de condiciones frente a todos los profesionales que intervienen en el cuidado de la salud

### Elementos facilitadores

### Promover la investigación centrada en el desarrollo de indicadores sensibles a la práctica enfermera

Los indicadores solamente pueden considerarse sensibles a las prácticas enfermeras si miden resultados atribuibles a las enfermeras

Las infecciones nosocomiales, las úlceras por presión el fracaso en la reanimación, la duración del ingreso el fallo en el rescate la trombosis venosa profunda, la dotación de personal la formación y el absentismo el asesoramiento para

# Obstáculos ATENDOM

## La formación de los profesionales

A mayor cualificación y polivalencia más capacidad de resolución ante problemas agudos y crónicos

¿Es solo cuestión de formación?

Favorece la longitudinalidad:

Establecer un fuerte compromiso relacional con la población: cuidados complejos o infrecuentes

Autoformación y reciclaje

Esfuerzos para incorporar a la practica clínica el conocimiento nuevo(PCBE)

Experiencia de trabajo en AP entre 10 y 20 años  
Mismo cupo de población entre 10 y 20 años

### Elementos facilitadores

Esfuerzos formativos dirigidos a los profesionales actualmente en activo

Estrategias para la traslación a la practica clínica de los resultados de la investigación

Aumentar las competencias de las enfermeras: derivación a otros profesionales , capacidad para la asignación de recursos

## Obstáculos ATENDOM relacionados con el entorno de la atención

Más envejecimiento, dependencia y carga de enfermedad

Más prevalencia de incapacidad funcional

Más deterioro cognitivo

Más enfermedades crónicas y más comorbilidad

Más pacientes supervivientes de cáncer de larga evolución

Más tránsito de los paciente por los distintos ámbitos asistenciales

Fragmentación de la atención y falta de continuidad

**Más gasto sanitario**

## Obstáculos ATENDOM relacionados con el entorno

El descubrimiento de los pacientes crónicos y de las estrategias para su atención →

Cuidados domiciliarios  
garantes de la continuidad asistencial

¿Estratificar por riesgo de enfermedad o por riesgo que conlleve gasto?

Reducir el riesgo evitable de morir

Promoción y secuestro del crónico leve adaptado y bien mandado

Problematización de la banalidad

Pacientes muy vulnerables con gran carga de enfermedad con citas y recitas de especialidades y subespecialidades

Interminables listados de fármacos y múltiples exploraciones con sus complicadas preparaciones

Atención insensata e inclemente al frágil y al terminal

Abandono ignorante o malicioso del inmovilizado o del que no viene



## ¿ES POSIBLE INTEGRAR LA ATENDOM COMO PARTE ESENCIAL DEL DESARROLLO PROFESIONAL EN UN CONTEXTO QUE PRIMA LA SUPERESPECIALIZACIÓN, FRAGMENTA LA ATENCIÓN Y ESTIMULA EL AHORRO?

¿Está agotado el paradigma de la continua especialización ?

- ❖ E G. de enlace Hospitalaria
- ❖ E G. de competencias avanzadas
- ❖ E G. de continuidad
- ❖ EGC. Comunitaria
- ❖ EGC. Hospitalaria
- ❖ E. Valoración y GC
- ❖ E. de enlace de sector

Medicina P4

- ❖ Participativa
- ❖ Personalizada
- ❖ Preventiva
- ❖ Predictiva

<http://p4mi.org/p4medicine>

Nature:

<http://www.nature.com/nrclinonc/journal/v8/n3/full/nrclinonc.2010.227.html>

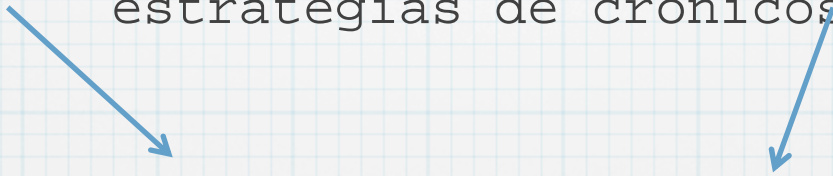
¿ES POSIBLE INTEGRAR LA ATENDOM COMO PARTE ESENCIAL DEL DESARROLLO PROFESIONAL EN UN CONTEXTO QUE PRIMA LA SUPERESPECIALIZACIÓN, FRAGMENTA LA ATENCIÓN Y ESTIMULA EL AHORRO?

¿Enfoca el sistema sanitario los determinantes sociales de la salud?

¿ Contribuye la AP a la reducción de las desigualdades en salud?

( Longitudinalidad y accesibilidad)

¿Se espera que la AP tenga un papel director en las estrategias de crónicos?



La alianza y funcionamiento integrado de internistas y médicos y enfermeras de familia y enfermeras hospitalarias es una posible vía para desfragmentar la atención (Declaración de Sevilla, 2011)

## ¿Es posible integrar la ATENDOM como parte integral del desarrollo profesional...?

### **MAS ATENCIÓN PRIMARIA**

(coordinadora de todos los requerimientos asistenciales de los pacientes)

Se favorece la continuidad si el mismo profesional efectúa, coordina y decide el plan a realizar

Más atribuciones para poner en la cabecera del paciente lo que pueda necesitar

**MÁS ATENCIÓN DOMICILIARIA: Priorizar como servicio básico**

Liderazgo profesional y apoyo político y gerencial para plantear cambios organizativos internos: dedicar más tiempo a los cuidados domiciliarios

**Una enfermería cualificada, polivalente, comprometida con su población, y accesible**

Cartera de servicios a domicilio mucho más amplia y variada, con contenidos preventivos y curativos proporcionados

**Responsable del paciente y cercana al cuidador durante todo el proceso asistencial**

Manejo de agendas flexible que permita el control y atención de los pacientes que requieran mayor intensidad de atención y cuidados más complejos

Compartir las destrezas con los

- ❖ Aumentar la cobertura de los cuidados domiciliarios a todos los pacientes agudos y crónicos que no puedan acudir al centro de salud
- ❖ Identificación de las personas de alto riesgo: HCE-Listado de pacientes Altas hospitalarias  
Población no demandante: Ancianos frágiles o pacientes con deterioro cognitivo/Pacientes crónicos con multimorbilidad/ polimedicados  
Familias/Recién nacidos/mujeres/niños
- ❖ Estimular la participación de los cuidadores
- ❖ Acreditación de la formación: Contemplar un área de capacitación en cuidados domiciliarios
- ❖ Aumentar las competencias de las enfermeras
- ❖ Comprometer activamente a los profesionales con los objetivos de cobertura, intensidad y diversidad de la atención: Más contenidos clínicos y preventivos
- ❖ Investigar: Medir, comparar....
- ❖ Mayor respaldo corporativo



- ❖ Aumentar la cobertura de los cuidados domiciliarios a todos los pacientes agudos y crónicos que no puedan acudir al centro de salud
- ❖ Identificación de las personas de alto riesgo: HCE-Listado de pacientes Altas hospitalarias  
Población no demandante: Ancianos frágiles o pacientes con deterioro cognitivo/Pacientes crónicos con multimorbilidad/ polimedicados  
Familias/Recién nacidos
- ❖ Estimular la participación de los cuidadores
- ❖ Acreditación de la formación: Contemplar un área de capacitación en cuidados domiciliarios
- ❖ Aumentar las competencias de las enfermeras
- ❖ Comprometer activamente a los profesionales con los objetivos de cobertura, intensidad y diversidad de la atención: Más contenidos clínicos y preventivos
- ❖ Investigar: Medir, comparar....
- ❖ Mayor respaldo corporativo

