

**PONENCIA 9 MODELO Y METODOLOGÍA DE CUIDADOS. NORMAS
GENERALES**

**ANTONIO PEÑAFIEL PONENCIA CONGRESO 2003 DE CEOMA LEY
DE LA DEPENDENCIA**

SOBRE LO SOCIOSANITARIO

Quizás, convendría empezar por definir el concepto de Atención Sociosanitaria. A nivel internacional no encontramos un término similar. La palabra procede del modelo catalán, y hoy en día se ha incorporado a todos los foros Sanitarios, sociales y políticos donde se hable de personas mayores.

Lo que más se acerca al término es lo que los Anglosajones denominan Long term care (Cuidados de larga duración), donde convergen dos tipos de cuidados: los sociales (centrados en las actividades de la vida diaria), y los sanitarios (más dirigidos a las enfermedades).

Dicho de otra manera, la atención sociosanitaria consiste en la cobertura de las necesidades de un usuario que no puede cuidarse por sí mismo, y que precisa cuidados de forma prolongada.

ANTECEDENTES

En la actualidad, en nuestro país nos encontramos con un 15,6 % de personas mayores de 65 años (6.196.497 personas), de las que un millón y medio son dependientes y de ellos 650.000 tienen más de 80años.

Nos enfrentamos a una *marea creciente de necesidades de atención* de usuarios geriátricos con dependencia y pluripatología, enfermedades crónicas con alta dependencia y supervivencia, enfermos terminales, trastornos cognitivos, que se encuentran inmersos en distintos recursos asistenciales (residencias, hospitales, Atención primaria, salud mental, etc.).

El principal apoyo social de las personas mayores en nuestro país es aún la familia. Esto, al menos es lo que se desprende de un prestigioso estudio coordinado por el catedrático de la Universidad de Alcalá D. Gregorio Rodríguez Cabrero: “El 78,7% de los dependientes reciben ayuda familiar que se incrementa al 82,2 % si esa persona sufre alguna carencia física o psíquica grave. Los servicios sociales tienen un papel muy

secundario en comparación con la ayuda familiar (2,2% para el conjunto de la población dependiente, y sólo un 1,7 % para la dependiente grave). El salario de las más de dos millones de cuidadoras (80% mujeres) sería de tres billones anuales”.

Por otro lado es recomendable analizar la situación de algunos usuarios en hospitales de agudos: Sabemos que en centros de agudos donde no se han puesto en marcha otros recursos dentro y fuera del hospital para atender a esta población contamos con estas cifras (muy universales) de pacientes que requieren servicios diferentes a los que oferta el hospital:

- 15% Convalecientes.
- 10% Terminales.
- 5% Crónicos de larga estancia.
- 45 % Mayores de 65 años.

PROPUESTA DE MODELO

Hasta el momento hemos visto que el usuario objeto de nuestra atención presenta unas peculiaridades complejas, heterogéneas y cambiantes en el tiempo, de modo que el modelo asistencial estrictamente sanitario o el estrictamente social no responde a sus necesidades.

Por tanto necesitamos un giro filosófico que cambie el enfoque del **curar por el de cuidar**, centrado en la valoración integral del usuario, abordaje interdisciplinar y trabajo en equipo, dando prioridad a la calidad de vida, considerando los beneficios de la rehabilitación, adaptado a la discapacidad, contemplando el control de síntomas, y donde la unidad de atención sea el usuario y su familia.

El usuario sociosanitario (mayores con enfermedades crónicas, enfermedades terminales, con alteraciones de las funciones mentales), requiere un sistema de recursos en un contexto sectorizado, con permeabilidad, servicios flexibles, con instrumentos de conexión, recursos claramente definidos con estándares (estructura, procesos, resultados), bien ubicados, bien definidos los tipos de usuarios y sus indicadores funcionales (estancias medias, resultados, etc.), con un sistema de financiación adecuado que considere la complejidad clínica y el consumo de recursos del cliente.

Esta población necesita un modelo asistencial **global** (medidas en todos los ámbitos), **Sectorizado** (Sistemas integrales conectados), **Permeables** (clientes profesionales conectados), **Gradual** (corto, medio, largo).

Para crear un sistema de atención geriátrica integral eficiente y eficaz, es imprescindible que exista un equipo interdisciplinar, con gran dedicación a la conexión y con capacidad de intervención en todos los elementos del sistema. Su ubicación es opcional, y depende de la historia individual de cada sector (P. Horrocks, 1990).

Existen experiencias contrastadas del uso de las denominadas enfermeras de conexión para asegurar esa coordinación y uso óptimo de los recursos del sistema.

En cuanto a los tipos de cuidados que se deben ofertar en el modelo son:

- Cuidados de prevención primaria: Basados en el fomento de la salud y la autonomía.
El Plan gerontológico nacional de 1992 en uno de sus objetivos, hace referencia a “*Promover la salud y prevención primaria de la enfermedad*”.
- Cuidados de prevención secundaria: Parten de la detección precoz de los problemas de salud y de la pérdida de autonomía. Otro de los objetivos del Plan Gerontológico dice “Propiciar la prevención secundaria, asistencial y rehabilitadora de la enfermedad”.
- Cuidados de prevención terciaria: Este tipo de cuidados se aplican cuando el problema está instaurado, en periodo de resolución, o camina hacia la cronicidad o el estado terminal. Se aplican cuidados encaminados a la recuperación, cuidados paliativos, etc.
- Cuidados Integrales: Es el tipo de cuidados propios del equipo interdisciplinar, y considera toda la realidad física, psíquica, social, y funcional que afecta al usuario.
- Cuidados Progresivos: Son los cuidados rehabilitadores por excelencia. Van de la dependencia al nivel de autonomía que permita el usuario y sus potencialidades.

SISTEMAS DE INFORMACIÓN

Todo SERVICIO y MODELO DE ATENCIÓN necesita tener referencias cualitativas y cuantitativas sobre los usuarios a los que atiende. En los hospitales de agudos donde tiene importancia la tecnología en cuanto a costes y utilización de la misma, donde el énfasis está puesto en el diagnóstico, se utilizan los Grupos Relacionados con el Diagnóstico (GRD), que clasifica a los pacientes en función de su diagnóstico principal, procedimiento médico, presencia de comorbilidad, edad. Usa la estancia media para estimar el coste.

En los centros que proveen cuidados de media larga duración (CMLD), la complejidad del usuario en cuanto a la presencia de problemas en diversas áreas, la aparición de dependencia, hace que los GRDs no sean tan útiles, y se utilicen Sistemas de Clasificación de pacientes por Isoconsumo de recursos.

En los Estados Unidos en Octubre de 1988 se constituye un equipo de trabajo formado por 18 grupos de trabajo formados por geriatras, psicogeriatras, enfermeras, trabajadores sociales, dietistas, gestores, etc. A este equipo se le encargo desarrollar un instrumento uniforme de valoración de residentes en Nursing Homes (Algo parecido a las residencias y centros sociosanitarios españoles). El resultado de este grupo fue el desarrollo del Resident Assesment Instrument (RAI) (2).

El RAI es un instrumento de valoración multidimensional de residentes diseñado para su aplicación en centros de cuidados de larga duración, su finalidad en mejorar la planificación de cuidados. Además de esto el RAI contiene la información necesaria para *clasificar a los pacientes en función del consumo de recursos*, sistema denominado Resources Utilization Groups, versión III –RUGIII-). Estos instrumentos se están utilizando cada vez más en todos los países. (3).

El RUG III, utiliza para agrupar a los residentes/pacientes, diversas variables del RAI como el estado cognitivo, emocional, función física, diagnósticos, signos y síntomas. A la vez incorpora la recogida de información sobre servicios de atención directa suministrados (soporte ABVD, cuidados de enfermería, terapias suministradas, prescripción de tratamientos y procedimientos médicos).

El RUG III, a partir de esta información clasifica a los pacientes en función de su *perfil funcional y de los cuidados suministrados*. El perfil funcional físico se mide a través de

un índice de ABVD que considera 4 actividades (movilidad en la cama, transferencias, vestirse y comer). El rango va de 4 (máxima autonomía) a 18 (máxima dependencia).

El sistema clasifica en 44 agrupaciones, resumidas en 7 categorías mayores clínico asistenciales con isoconsumo de recursos distintos medido en consumo de tiempo de personal.

Las categorías son las siguientes:

1. **Rehabilitación especial:** Administración de terapias (logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia) a partir de una intensidad mínima de 45 minutos semanales.
2. Tres categorías definidas a partir de una combinación de dependencia funcional media a elevada y la presencia de componentes clínicos y procedimientos médicos y de enfermería que derivan en unos perfiles de componente sanitaria importante: **Servicios extensivos, Cuidados especiales, y Complejidad clínica.**
3. Tres categorías de menor complejidad sanitaria que clasifican a los pacientes en función del deterioro cognitivo o funcional físico, pero con un bajo índice de cuidados sanitarios : **Deterioro cognitivo, problemas de comportamiento, y funciones físicas reducidas.**

Este instrumento nos permite monitorizar el estado cognitivo del paciente, a través de la recogida de variables como la memoria, toma de decisiones, autonomía para comer.

Esta escala denominada Cognitive performance Scale (Escala de Capacidad Cognitiva CPS). Esta escala va de 0 (buena capacidad cognitiva) a 6 (deterioro cognitivo muy intenso) (3).

En conclusión el sistema RUG III, nos es útil para conocer la casuística de los centros de cuidados de media y larga duración, útil para la gestión de cuidados (permite estimar plantillas y el coste en función del consumo de recursos), permite comparar y definir la tipología de usuarios de los diferentes servicios.

PROCESO DE ATENCIÓN AL USUARIO SOCIO SANITARIO

Tomando como referencia el mapa de procesos mínimos necesarios para la atención socio sanitaria, PODEMOS DEFINIR LOS PROCESOS MÍNIMOS SOBRE LOS QUE SE SUSTENTA EL MODELO DE CUIDADOS AL USUARIO SOCIO SANITARIO:

1. PROCESO DE VALORACIÓN DE NECESIDADES:

El Resident Assesment Instrument (RAI), incorpora información vital para la gestión y planificación de cuidados del usuario que precisa cuidados de larga duración. Este instrumento de valoración interdisciplinar, proporciona los datos necesarios para dispensar una adecuada planificación de cuidados y gestión del usuario de cuidados prolongados.

Un instrumento de este tipo nos permite la gestión de casos, y por tanto la asignación adecuada de recursos.

2. PROCESO DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA.

Las intervenciones del equipo asistencial interdisciplinar irán encaminadas a conseguir el mayor grado de autonomía del usuario, con planes de intervención realistas, y buscando en última instancia la mejora en la calidad de vida del cliente.

3. PROCESO DE ATENCIÓN Y ASISTENCIA: Del proceso anterior se derivan una serie de servicios que pretender satisfacer las necesidades y problemas detectados en el usuario, generando una amplia cartera de servicios que va desde lo hostelero a lo socio sanitario; A saber: Atención a procesos clínicos, Promoción y prevención de la enfermedad, fisioterapia, terapia ocupacional, alimentación, etc,

4. PROCESO DE ATENCIÓN A LA AGONÍA, ÉXITUS Y DUELO.

Con frecuencia el equipo se enfrenta a vivir los últimos días del usuario; se debe contemplar en cualquier plan de intervención los cuidados a la persona que va a morir

5. GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO.

El equipo asistencial debe manejar un activo intangible fundamental de las empresas donde se prestan servicios sociosanitarios: El conocimiento. En este sentido debemos asegurarnos de que el personal cuidador de atención directa adquiera los conocimientos, actitudes, y habilidades, necesarios para dar una atención de calidad.

el conocimiento, se puede gestionar a través de:

- Formación.
- Intercambio de experiencias de buena práctica (Benchmarking).
- Investigación: Adquirir nuevos conocimientos.
- Documentación: Almacenar el conocimiento necesario para prestar con calidad los servicios que demandan los usuarios.

6. GESTIÓN DE LA CALIDAD.

Es necesario definir con criterios y estándares de estructura, procesos, y resultados la calidad que ofertamos los servicios sociosanitarios.

El modelo de Excelencia Europeo (EFQM), es un instrumento magnífico de auto evaluación de cualquier empresa: El análisis periódico de los procesos permitirá analizarlos, ver los resultados e introducir elementos de mejora que nos introduzcan en una dinámica continuada de mejora y de calidad total.

7. PROCESO DE GESTIÓN DE RIESGOS.

Con frecuencia el equipo de cuidados se enfrenta a solucionar conflictos en contextos sociosanitarios que requieren la toma de decisiones inmediatas, por riesgo de la integridad de la salud e incluso la vida del paciente:

Fugas de pacientes con deterioro cognitivo, no incapacitados.

Peleas por problemas de convivencia.

Contenciones de usuarios agitados, etc.

METODOLOGÍA TRABAJO EN CENTROS DE CUIDADOS DE MEDIA Y LARGA DURACIÓN.

EL PLAN INTEGRAL DE CUIDADOS DEL ANCIANO

La planificación de cuidados forma parte de un proceso sistemático y organizado, encaminado hacia el logro de objetivos, por el cual el equipo multidisciplinar decide el plan de actuación en un usuario determinado. Podemos hablar de dos tipos de planes de cuidados: **Planes de cuidados estandarizados** (Recogen las actividades generales ante un problema determinado), y **Planes de cuidados Individualizados** (Recogen los cuidados en un paciente en función de sus necesidades en un momento determinado).

El Proceso de Atención de los usuarios de centros de cuidados de media y larga duración consta de una serie de fases que conducen de forma paulatina al plan de intervención individual:

1. **Valoración:** La observación, la entrevista, y la exploración física permiten la recogida de información de datos subjetivos (referidos por el paciente), y objetivos (Aquellos que se pueden medir, observar, etc. Cuando hablamos de cuidados resulta útil usar modelos para ordenar la información vinculados al nivel de dependencia de ese paciente para realizar las actividades de la vida diaria. Podemos usar el modelo de Virginia Henderson de las 14 necesidades básicas. En esta fase el equipo interdisciplinar puede utilizar el cuestionario del RAI para aglutinar la información recogida por los diferentes profesionales.

Imaginemos a un paciente que presenta los siguientes datos en la valoración:

- ✧ Oxigenación: Pide ayuda para expulsar secreciones, secreciones copiosas a través de traqueostomía.
- ✧ Comer y beber normalmente: No tiene apetito desde hace dos semanas, El médico sugiere la presencia de una depresión. Ha perdido 4 Kg desde la última visita, 6 Kg por debajo de su peso.
- ✧ Eliminar los residuos corporales: “No me da tiempo a llegar al servicio, estoy muy torpe y me lo hago en el camino”. Presenta hipotonía muscular en miembros inferiores, marcha dificultosa, precisa andador.

Ha estado tres días con sonda y puede haber perdido tono en esfínteres urinarios.

- ⊗ Moverse y mantener una postura:
- ⊗ Evitar riesgos del entorno y evitar lesionar a otros: La familia dice “ Se pasa el día caminando de un sitio a otro, tropieza y se cae con frecuencia. Desorientación T-E, alucinaciones, vagabundeo.

2. **LISTA DE PROBLEMAS:** Después de recoger los datos pertinentes procedemos a agruparlos en forma diagnóstica, utilizando la siguiente fórmula:

- ⊗ Problema: Etiqueta diagnóstica (Deterioro de la deglución, Incontinencia de urgencia, deterioro de la movilidad física, déficit de autocuidado:alimentación, etc.)
- ⊗ Etiología : Causa o raíz probable del problema.
- ⊗ Características definitorias: Signos y síntomas que apoyan la existencia de ese problema.

Tomando los datos del ejemplo del apartado de valoración tendríamos los siguientes diagnósticos:

- ⊗ Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con (R/C) Secreciones copiosas
- ⊗ Alteración de la nutrición por defecto R/C falta de apetito Manifestado por (M/P) peso inferior a 6 Kg por debajo de lo normal.
- ⊗ I.Urinaria funcional R/C deterioro de la movilidad y pérdida de tono esfinteriano M/P pérdidas de orina antes de llegar al baño
- ⊗ Alto riesgo de lesión R/C vagabundeo o marcha de riesgo M/P tropiezos.

3. **Planificación:** En esta fase se establecen una serie de objetivos y se elabora el plan de cuidados. Debemos tener en cuenta que esta fase consta de tres subfases principales:

- ⊗ Priorización: Nos encontramos con una serie de problemas que seguramente no podremos tratar a la vez.
- ⊗ Objetivos: Podemos considerar a los objetivos como el elemento que hace mensurable el plan de cuidados.

- ⊗ Determinación de actividades: El equipo prescribe actividades encaminadas a tratar la causa de los problemas, y si esto no es posible se interviene sobre el propio problema.

Veamos un ejemplo con uno de los diagnósticos anteriores:

- Limpieza ineficaz de la vía aérea relacionado con (R/C) Secreciones copiosas

- ⊗ Objetivo: El paciente eliminara con fluidez las secreciones en el plazo de un día.
 - Sesión de fisioterapia respiratoria (Fisioterapeuta).
 - Hidratación 500 cc mañana, 500 cc Tarde, 200 noche (Auxiliar).
 - Colocar humidificador en habitación del paciente (A.S. Generales).
 - Auscultación pulmones por turno y monitorizar ruidos (DUE).
 - Valoración uso de mucolítico (Médico).

4. **Ejecución del plan:** Puesta en marcha de las actividades del plan de cuidados.
5. **Evaluación del plan de cuidados:** El proceso de cuidar requiere un instrumento de retroalimentación que permita analizar el grado del cumplimiento de objetivos propuestos. En esta fase tendremos que analizar si “va bien el plan”, si nos hemos equivocado en la valoración, en el diagnóstico, y en la planificación. Esta ésta etapa permite evaluar la eficacia y calidad del plan de cuidados.

CONCLUSIONES Y PROPUESTAS.

- 1. Necesitamos un sistema de información común en el que se contemple la valoración de la dependencia como clave para la gestión de casos y la asignación de recursos sociosanitarios:**

En nuestro País se estima que existen un millón y medio de mayores dependientes, sin contar los 189.000, que viven en residencias (Estimación de INE, 1988, IMSERSO 1995, Encuesta Nacional de la Salud, 1995).

La Comisión de Desarrollo Social preparatoria para la Segunda Asamblea Mundial del envejecimiento, en su estrategia Internacional de Acción sobre Envejecimiento, 2002 (Nueva Cork, 10-14 Diciembre 2001), propone en la cuestión 6: “ Las personas de edad y las incapacidades, Propone como objetivo: *Mantenimiento de una capacidad funcional máxima durante toda la vida y proteger a las personas de edad con incapacidades.*

La cartera de servicios de la enfermería de forma tradicional lleva en su cartera de servicios la atención a la dependencia, como elemento indispensable en la mejora de la calidad de vida de estos usuarios.

- 2. La enfermera como conectora de recursos:** Necesitamos elementos físicos de conexión, que desde una perspectiva global nos acerquen a la ya casi dejada de lado por utópica coordinación sociosanitaria.
- 3. La enfermería como disciplina científica centrada en los cuidados:** El producto principal que recibe el usuario sociosanitario es el cuidado de media y larga duración. La disciplina enfermera contiene los conocimientos científicos para aportar en la asistencia, docencia, gestión e investigación, un producto diferencial que en un contexto interdisciplinar mejore los servicios sociosanitarios de mayores.
- 4. Es necesario diseñar programas de prevención:** El tipo de usuario sociosanitario, con mucha frecuencia es un ciudadano de riesgo de sufrir enfermedades y dependencia. Es por ello que la Enfermería de primaria y la del resto de niveles asistenciales, deben hacer un esfuerzo por potenciar junto con otros profesionales la prevención primaria y secundaria, a través de implementar programas

de revitalización y aumento de la salud, detección precoz de pacientes de riesgo de sufrir dependencia y problemas de salud, planes de intervención preventivos interdisciplinarios encaminados a poner barreras para evitar la incapacidad y la dependencia.

5. **El modelo debe contemplar y garantizar un tratamiento digno y ético al mayor:** La negligencia, el abuso, el maltrato en el mayor, sabemos por estudios de otros Países y por experiencia propia que existe, y que desde luego serían la antítesis de la atención de calidad, además de constituirse como un delito. Es responsabilidad de los profesionales no dejar pasar este tipo de comportamientos, “mirar para otro lado” no debe ser la actitud habitual. La cuestión 3 de las recomendaciones del comité preparatorio de la Asamblea mundial del Envejecimiento, aparece el objetivo 1 que dice: *“Eliminación de todas las formas de abusos contra las personas de edad”*. Entre las medidas encaminadas al cumplimiento de este objetivo se propone la *“Capacitación de los profesionales”*. Esta medida desde luego es una fórmula contrastada de prevención del maltrato.
6. **El modelo debe asegurar un buen morir:** La edad de nuestro usuario y las patologías terminales que padecen algunos de estos pacientes, hace que en los servicios sociosanitarios de mayores, se consideren los cuidados paliativos, los cuidados en la agonía, la muerte y el duelo, como parte de un proceso para el que los profesionales del sector deben estar preparados. El nihilismo nunca es un buen compañero de este tema, pues ignora la existencia de sufrimiento, dolor, etc. Este modelo que persigue un recorrido lo más humano y digno posible al final de la vida, debe estar definido con estándares mínimos, pasados por el filtro de los principios bioéticos.
7. **El modelo debe asegurar y regular la competencia profesional:** Las empresas de servicios sociosanitarios, cuentan con un activo intangible, que necesita ser gestionado para administrar un buen servicio: el conocimiento. Los cuidados prolongados necesitan **conocimientos específicos** para ofrecer un buen producto asistencial. Los *intercambios de conocimientos* con otros servicios (en busca de la mejor práctica), *el almacén del conocimiento* (donde se aglutina el

conocimiento necesario para el cuidado), *la Investigación* (como elemento de evaluación y de generación de conocimiento nuevo), *las nuevas tecnologías* (Intranet, internet, etc), son todos instrumentos que facilitan la gestión de este activo.

Es importante incidir en la capacitación de los profesionales de la salud que atienden a los mayores; esto se manifiesta en la cuestión 4, de la Estrategia Internacional de Acción sobre Envejecimiento, 2002, en la que en el objetivo 1 manifiesta: “*Mejorar la información y la capacitación de los profesionales y paraprofesionales sanitarios y sociales sobre las necesidades de las personas mayores*”.

En la actualidad en el Ministerio de Sanidad, se está trabajando en el desarrollo de la especialidad en Enfermería Gerontológica, como vía para formar enfermeras especialistas en la atención a este sector poblacional.

8. El modelo debe asegurar una adecuada gestión de la calidad:

Necesitamos definir el grado de calidad de los servicios que atienden a nuestros mayores en cuanto a estructura, procesos, y resultados, para asegurar un trato de calidad en esta fase final de la vida.

9. Conclusión final: En este camino sucinto por los cuidados prolongados, me gustaría recordar los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad (Resolución 46/91, el 16 de Diciembre de 1991).

- Independencia.
- Participación.
- Cuidados.
- Autorrealización.

Cualquier modelo de de cuidados a las personas mayores debe respetar estos cuatro principios fundamentales.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gómez Batiste X. Sistemas integrales de Atención. Rev Calidad Asistencial 1995;6:337.
2. Hawes.C et al. Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA. Age and aging 1997;26-52:19-25.
3. Martínez.F, et al. Estudio comparativo de servicios de cuidados prolongados a los ancianos en Cataluña. Comunicación presentada en el X Congreso de la Asociación Latina para el análisis de Sistemas de Saud.Luxemburgo 23-25 de Septiembre 1999.
4. Carpenter I.G, et al. Casemix for the elderly inpatient: Resource Utilization Groups (RUGs) validaion Project. Age and aging 1985:24:6-13.
5. Ouslander. Medical care in the Nursing Home. Mcgraw-hill, 1997.
6. Gregorio Rodriguez Cabrero. La dependencia en España. Diariomédico.com.
7. Peñafiel Olivar.A. Cuidados de enfermería en gerontología. 1999.
8. Carrillo, E et al. Comparaciones internacionales de residentes en centros de media y larga estancia y clasificación en case-mix: Perspectivas actuales. Revista de Gerontología. 1996; 6(4):285-293.
9. Boulton. Ch, et al. Systems of care for older population of the future. JAGS 1998;46, NO,4.
10. La Atención sociosanitaria en España: Perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos, Madrid 2000.