

Congreso Nacional de Enfermería de Salud Familiar y Comunitaria “Mejorando los cuidados”. Torremolinos. Mayo 2003

III Mesa Redonda: Otras experiencias en la organización de la Atención domiciliaria.

“Un servicio para la mejora de la Atención domiciliaria en Atención Primaria de Salud: las enfermeras comunitarias de enlace”

El Servicio Canario de la Salud desarrolló durante el período 2000-2001 un proyecto de evaluación de servicios, como respuesta a la necesidad de potenciar los servicios de Atención Domiciliaria y - en coherencia con su Plan Estratégico - la figura de la enfermera de Atención Primaria como gestora de cuidados.

Para ello se potencia el rol de una enfermera –la **enfermera comunitaria de enlace**- responsable de coordinar la Atención Domiciliaria prestada por la familia, los profesionales de Atención Primaria de Salud (APS), y los Servicios Sociales Municipales (SSM).

Método.

El estudio se planificó en dos fases. Durante la primera se pilota la propuesta y se mejoran los sistemas de información necesarias para la siguiente fase. La segunda es un ensayo comunitario donde comparamos la propuesta con la atención domiciliaria tradicional.

Los indicadores de evaluación que se utilizaron fueron: de **proceso** - número de personas confinadas y cuidadoras incluidas en el servicio, visitas de personas confinadas y cuidadoras, asistencias de cuidadoras a talleres de formación, nivel de estabilidad y productividad del proceso “enfermera gestora de casos”, y cargas de trabajo del servicio de enfermería para la gestión de casos de pacientes confinados y cuidadores en el domicilio- , y de **resultados** - resolución de problemas de salud relacionados con la necesidad de cuidados a personas confinadas y cuidadoras, disminución de los niveles de mortalidad a personas confinadas, calidad de vida de personas confinadas y cuidadoras, satisfacción con la atención de pacientes confinados y cuidadoras, satisfacción laboral de profesionales sanitarios, relaciones de coste consecuencias de cada alternativa sobre la base de la utilización de recursos.

Las **actividades básicas de las enfermeras comunitarias** de enlace son:

- **Captar** a todas las personas que ya reciben atención domiciliaria, tanto por los Centros de Salud como por los Servicios Sociales municipales, y a todos las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria, siguiendo los siguientes criterios:
 - Personas con patología altamente incapacitante, física y mental
 - Personas con reciente alta hospitalaria que continúen en convalecencia hasta que se recuperen y puedan desplazarse al centro de salud
 - Personas con patología terminal

- Personas mayores de 80 años con o sin imposibilidad de acudir al centro.
 - Personas **cuidadoras familiares** de las personas incluidas en atención domiciliaria.
- Realizar de forma periódica una **valoración global** - focalizada en la detección y prevención de problemas de salud - a todas las personas que están incluidas o son susceptibles de inclusión en atención domiciliaria –pacientes y sus cuidadores/as- . Para ello se sigue la metodología establecida en el Programa de Atención a las personas Mayores de Canarias y la Valoración enfermera según los patrones funcionales de M. Gordon.
- **Identificar** los principales problemas relacionados con las necesidades de salud de estas personas, en base a los patrones funcionales que están alterados –asignarles su Dde-, y hacer una **propuesta de intervención** con el equipo de atención primaria –médicos, enfermeras y trabajadores sociales- y con la familia.
- Prestar **apoyo y realizar educación** personal y grupal a las cuidadoras principales. Para ello se realizan Talleres formativos donde se abordan temas relacionados con “El Cuidar, Cuidar y Cuidarse”. Su objetivo fundamental es servir de herramienta que mejore la formación, información, autoestima y calidad de vida de las cuidadoras.
- Realizar el **inventario** de todo el material técnico que posee la familia para la atención domiciliaria – sillas de ruedas, camas articuladas, colchones antiescaras, ...- **y crear circuitos** para la recuperación, reciclaje y reutilización del mismo.
- Trabajar conjuntamente con las trabajadoras sociales del centro de salud y los Servicios Sociales municipales – para la asignación del Servicio de Ayuda a Domicilio, arreglos en el hogar, compra de materiales básicos, formación de cuidadoras formales e informales,...-, con el objetivo final de establecer una **guía-protocolo** para esta coordinación.

Resultados de la prueba piloto.

Durante la fase piloto se trabaja en dos Zonas Básicas de Salud –ZBS- de islas distintas. Ambas con una población de 25.000 habitantes y un índice de envejecimiento del 14 al 16%. Se asignan dos enfermeras de enlace a cada zona.

Los objetivos de esta fase fueron: a) probar el manual de funcionamiento de las enfermeras de enlace, el protocolo de control y los instrumentos para la recogida de información sobre perfil de necesidades de cuidados de pacientes confinados y cuidadoras, probar las medidas de Calidad de vida relacionada con la salud –CVRS- y satisfacción, obtener información básica para el desarrollo del ensayo comunitario -tiempos dedicados al cuidado por los cuidadores

familiares, tiempos para la realización de la visita domiciliaria,...-, y b) **entrenar** a enfermeras y encuestadoras para la fase siguiente.

La cobertura de confinados y cuidadores aumentó en ambas ZBS, en especial en el grupo de cuidadoras. La aproximación al coste de la visita a domicilio muestra que el rango de variación del coste medio de la consulta para confinados y cuidadores es [273,3 – 519,6 euros] y [244,02 – 436,3 euros] respectivamente. Se encuentran curvas de aprendizaje en la actividad de la enfermería comunitaria de enlace, lo que implica la posibilidad de generar escenarios de eficiencia.

Resultados del ensayo comunitario.

Se seleccionan doce ZBS agrupadas a dos según tamaño de población, índice de envejecimiento y ámbito rural–urbano. De forma aleatoria una zona de cada par se asigna al grupo intervención, y otra al control. En cada grupo se realiza un muestreo aleatorio por conglomerados sobre pacientes incluidos en los programas de AD. Estos pacientes son los que sirven de base al análisis.

Para la evaluación se utilizaron distintos métodos: por una parte fueron contratadas encuestadoras externas que visitaron en su domicilio a una muestra representativa de personas incluidas en atención domiciliaria y a sus cuidadoras al inicio del proyecto y al año de su implantación. A estas personas se les realizaban una encuesta para obtener información sobre su salud, su calidad de vida y su satisfacción con los servicios que les prestaban las enfermeras. El estudio se completo en su última fase con una encuesta telefónica a un grupo de estas cuidadoras para explorar datos relacionados con el consumo de recursos sanitarios.

Los **resultados** fueron:

- A) Se **aumenta** de forma significativa el **número de personas incluidas en atención domiciliaria** –coberturas-, duplicándose en varios de los centros. En consecuencia aumenta también el **número de visitas a domicilio** realizadas por los profesionales sanitarios. Se captan sobre todo a cuidadoras familiares y a personas mayores de 80 años. El **perfil** que presentan las personas **inmovilizadas** es el de una mujer mayor de 75 años con riesgo de traumatismo y de deterioro de la integridad cutánea, trastornos en su movilidad física y en la eliminación, y con dificultades para el autocuidado en el baño, la higiene, alimentación, el uso del baño y para vestirse. En cuanto a las personas **cuidadoras** nos encontramos también con una mujer entre 45-74 años, con problemas de dolor crónico, sobrepeso, dificultades para ocuparse de sus propios problemas de salud, alteración en el sueño, ansiedad y un sobreesfuerzo –relacionado con su papel de cuidadora-. El tiempo medio que dedican al cuidado oscila entre 12-14 horas al día, dedicando 2 horas al cuidado directo del paciente –baño, comida, vestido,..- y el resto a vigilancia.

- B) A partir del perfil sobre necesidades de cuidados hallados en la primera fase, se miden los estándares de **resultados esperables**. Utilizando el método de la Nursing Outcomes Classification se seleccionaron una serie de indicadores o etiquetas de resultado para **confinados**: Recursos , Medicación, Control síntomas, Caídas, Accidentes, Piel, Eliminación y Comunicación y para las **cuidadoras**: Apoyo, Medicación, Control de síntomas, Accidentes y Alimentación. No se encontraron diferencias significativas.
- C) No se han encontrado diferencias significativas entre la **mortalidad** del grupo intervención y del grupo control para pacientes confinados.
- D) La **calidad de vida relacionada con la salud** se evaluó mediante los cuestionarios COOP WONCA y Euroqol. Los aspectos que se miden en calidad de vida se estructuran en varias dimensiones: la forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambios en el estado de salud, dolor, etc. Se obtuvieron diferencias significativas, en cuanto a mejoras globales de la CVRS y la percepción de la Calidad de vida, a favor del grupo de intervención en cuidadoras. En cuanto a los confinados la calidad de vida en general tiende a disminuir, no hay diferencias significativas entre los grupos de control/intervención, siendo la tendencia a favor del grupo de intervención.
- E) La **satisfacción de los usuarios** se valoró mediante dos instrumentos: el cuestionario AMABLE, validado en la anterior fase siguiendo el modelo SERVQUAL y a través de grupos focales. Se obtuvieron mejoras significativas a favor del grupo de intervención, sobre todo en los aspectos de accesibilidad y confianza en la enfermera. Siendo de destacar que las cuidadoras valoran que ahora disponen de más información sobre temas importantes para sus cuidados -demencia, como comunicarse con los familiares, como cuidarse ellas mismas- , se sienten más relajadas, se tratan mejor -autoestima-, se sienten más seguras y protegidas, se sienten más optimistas, y manifiestan tomar menos medicación.
- F) La **satisfacción de los profesionales** se evaluó mediante entrevistas semiestructuradas. Hay consenso sobre la mejora del servicio a mayores confinados en domicilio y sus cuidadoras, y satisfacción con la coordinación lograda entre los servicios sociales y sanitarios – siendo de destacar que los servicios sociales municipales reconocen de forma explícita la mejora del trabajo conjunto con los servicios sanitarios-.
- G) Los **costes sanitarios directos** fueron evaluados a través de un modelo de microcostes. El modelo de enfermería comunitaria de enlace reduce significativamente el número de admisiones en hospitales de agudos, produciendo un beneficio neto positivo para el sistema sanitario canario. De forma específica los pacientes incluidos en el estudio acuden menos a los servicios de urgencias de los Centros de Salud y a los servicios de urgencias hospitalarias, y **se evitan ingresos en hospitales de agudos**, - un ingreso por cada siete pacientes incluidos en el programa y reducción en un 14% el riesgo de ser ingresado-. Esto traducido en costes supone un **ahorro de 850 euros/paciente/año** en recursos de atención especializada.

Situación actual.

Como consecuencia de los resultados obtenidos en el estudio el Servicio Canario de Salud decide, en julio del año 2002, introducir en la cartera de servicios de la Atención primaria de varios centros de salud de Canarias este modelo de intervención en atención domiciliaria, con el nombre de “**Servicio de coordinación sociosanitaria para la mejora de la atención domiciliaria**”.

Para ello se han incorporado a las plantillas de Atención Primaria plazas de enfermeras comunitarias de enlace, en quince zonas de salud de Canarias de las islas de Tenerife, Gran Canaria y Fuerteventura.

Actualmente estamos trabajando en la consolidación del servicio, de forma específica en la **mejora de manuales/programas** para la prestación del servicio, en el desarrollo de la **normativa** correspondiente –regulación retributiva y marco legal de las ECEs- pilotaje y desarrollo de **otros contenidos** del servicio –coordinación con atención especializada, desarrollo de guías formales de coordinación con servicios sociosanitarios,...-

En el marco normativo propuesto para las ECEs se añaden otras actividades a desarrollar por estas enfermeras tales como **colaborar** con los trabajadores sociales del EAP promocionando la formación de redes de apoyo, formales e informales, para las cuidadoras familiares, potenciando la creación de grupos de ayuda mutua entre estas personas, **facilitar** a los equipos de atención primaria la prestación de la atención domiciliaria, realizando actividades programadas de formación en el centro, sesiones de seguimiento de casos, y prestando apoyo y asesoría para la atención domiciliaria, establecer mecanismos de **coordinación** entre los diferentes niveles asistenciales de referencia, para la captación y derivación de personas incluidas en el servicio de atención domiciliaria, y de forma específica colaborando en la planificación del alta hospitalaria de pacientes con criterios de inclusión en servicios de atención domiciliaria.

Durante el año 2003 las ECEs están realizando cursos de formación en metodología enfermera para las enfermeras de las áreas de salud correspondiente, y colaboran de forma activa en la formación del Programa de Atención a Persona Mayores de Canarias.

En Canarias la consolidación del programa que ofrecen las enfermeras comunitarias de enlace depende de varios factores - disponibilidad presupuestaria, voluntad política,...-. Aunque estamos dando los primeros pasos - creación de las plazas de ECEs, su reconocimiento en el nuevo Plan de Salud de Canarias-, es necesario también un esfuerzo inversor en materiales y equipamiento - sistemas de información, informatización de los procesos,...-, en la consolidación de los recursos humanos –normativa, acceso, incentivos,...- en la mejora de la productividad de las enfermeras –agendas de trabajo, coberturas, visitas, talleres,...-.

Nos queda una tarea larga y difícil, somos conscientes de ellos. Perseguimos objetivos ambiciosos como la interrelación con la atención especializada, el trabajo interno con las

Unidades de Atención Familiar, la coordinación con otros sectores y un largo etcétera. Pero también somos conscientes de que es una oportunidad de liderar un servicio prestado por las enfermeras y que aporta valor añadido a la organización. El potencial de desarrollo de esta figura es grande en el futuro del sector sanitario marcado por el envejecimiento y la necesidad de potenciar los cuidados domiciliarios.