

III. MARCO DE REFERENCIA

El siguiente marco de consta de cuatro apartados: Atención Primaria de Salud, enfermería y el equipo de Atención Primaria de Salud, la atención domiciliaria brindada por los profesionales de enfermería, y por último, estudios relacionados.

3.1. Atención Primaria de Salud.

La Atención Primaria de Salud (APS) es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena anticipación, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación (Sánchez, M., Aparicio, V., Bes, C., Mazarrasa, L., Merelles, A., y Sánchez, A., 2000).

La atención primaria de salud forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de

residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria (Mazarrasa, L., Bes, C., Sánchez, A., 2005).

Para que los profesionales de enfermería puedan intervenir de manera independiente necesitan conocer sobre las características de atención primaria de salud, ya que es en este nivel donde se posee mayor autonomía y mayor oportunidad de asistir de manera independiente.

De acuerdo con Freedman (1988), las características generales de la atención primaria de salud, son:

A. Accesibilidad:

Se debe garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales. Esto implica establecer prioridades.

B. Contenido:

Los 8 elementos básicos de la atención primaria de salud son:

1. Agua y saneamiento ambiental.
2. Inmunizaciones.
3. Servicio materno-infantil.
4. Alimentación.
5. Mejor distribución de los servicios agrícolas.
6. Educación para la salud.

7. Contar con medicamentos esenciales.

8. Control de enfermedades endémicas.

C. Universalidad:

Todos los habitantes sin distinción alguna deben tener acceso a los servicios.

D. Satisfacer las necesidades prioritarias:

Se debe realizar estudios y análisis en la situación demográfica, económica, sociocultural y de salud de la población que se atiende a fin de responder a lo que realmente necesita la comunidad de los servicios de atención primaria.

E. Participación comunitaria:

La atención primaria cobra un significado especial cuando se examinan las relaciones entre el sistema de salud y la comunidad.

3.2. Enfermería y el equipo de Atención Primaria de Salud.

La OMS reconoce la relevancia que tiene la enfermera en la Atención Primaria y para el logro de la meta “Salud para todos en el Año 2000”, y reiteró en 1985 que las enfermeras debían ser integradas definitivamente y firmemente como líderes y administradoras del equipo de atención de salud.

Mazarrasa, L., Bes, C., y Sánchez, A. (2005) definen equipo como un grupo de personas que realizan diferentes aportaciones, con metodología compartida, para conseguir objetivos comunes. Entre las funciones de los equipos de atención primaria de salud se encuentran:

A. De atención directa, donde se realizan actividades de:

- Promoción, prevención y educación para la salud.
- Curación, cuidado y/o recuperación.
- Rehabilitación.

B. De formación:

- Contribuir a la formación de pregrado y posgrado del personal de salud.
- Formación y capacitación continuada de los miembros del equipo.

C. Investigadora, que es centrada fundamentalmente en:

- El área clínico epidemiológica.
- El análisis de la situación de salud de la comunidad.
- El funcionamiento y organización de los servicios de salud.

D. De administración:

- Ejecutar normativas y directrices sanitarias.

- Formular programas de salud.
- Administrar y controlar los recursos asignados.
- Evaluación continua de la actividad y de la consecución de objetivos y metas.
- Proporcionar información sanitaria de la zona.
- Facilitar y potenciar la participación ciudadana en la gestión del cuidado de su salud.
- Valorar el grado de satisfacción de la población y los factores distorsionantes.
- Representar al equipo en todos aquellos organismos de decisión y coordinación.

El papel de enfermería es resultante de una compleja interrelación entre las prescripciones y expectativas de los gremios profesionales, de las instituciones de salud, de los usuarios así como de la imagen y expectativas de la persona que lo desempeñe. El desempeño de las funciones se ve afectado por distintos factores como: adiestramiento, recursos asignados, posición en la sociedad, y aceptación plena de responsabilidades (Sánchez, M., Aparicio, V., Bes, C., Mazarrasa, L., Merelles, A., y Sánchez, A., 2000).

Las consideraciones para introducir cambios y ampliar nuevas funciones de la enfermera en la atención primaria, dependen primero de asumir por enfermería

la nueva posición, una aceptación del equipo de salud de las nuevas responsabilidades, y un apoyo de las autoridades para validar su papel.

La CIE (2004) afirma que las enfermeras empresarias en atención primaria de salud asumen funciones muy diversas directamente relacionadas con los aspectos profesionales y empresariales del ejercicio de la profesión y presta una amplia diversidad de servicios, como los siguientes:

- De personal clínico.
- Evaluaciones del estado de salud.
- Cuidados de enfermería directos.
- Mantenimiento de la salud.
- Cuidados de los ancianos.
- Cuidados de los enfermos crónicos.
- Cuidados especializados: obstetricia, estomaterapias, diabetes, diálisis, cuidados paliativos, etc.
- Salud en el trabajo.
- Salud escolar.
- Servicios de remisión.
- De docencia.
- Promoción de la salud, control del estrés, nutrición, etc.
- Consultas sobre el bienestar de los niños.
- Programas preventivos: abusos sexuales de niños, y de medicamentos, delincuencia juvenil, violencia, accidentes, drogadicción, etc.

- Asesoramiento sobre lactancia.
- Programas de formación continua.
- Conferencias a la comunidad.
- Planificación familiar.
- Salud de la mujer.
- Primeros auxilios.
- Asesoramiento sobre salud en el trabajo.
- Asesoramiento sobre planificación de los recursos humanos.
- De terapeuta físico.
- Psicoterapia familiar.
- Terapia respiratoria.
- De investigadora.
- Proyectos encaminados a mejorar los servicios de salud y el estado de salud de una población determinada.
- Organización/planificación de las instalaciones.
- De gestora de casos.
- Servicios de coordinación.
- Defensa de los pacientes, entre otros.

Al igual que los servicios ofrecidos, también son muy diversos los lugares de trabajo de las enfermeras empresarias en cuestión de la atención a la salud primaria. En algunos países, hay obligación legal de contar con un local u oficina

adecuados para poder registrarse como enfermera independiente en ejercicio, aunque esto no es así en todos los países. Esos lugares pueden ser:

- La oficina de la enfermera.
- La casa particular de la enfermera.
- El centro de enfermería o clínica.
- La casa del cliente.
- El contexto de empleo (oficina de la compañía, fábrica, mina, etc.).
- Un edificio de docencia.
- Un centro de la comunidad y,
- Un servicio de salud (hospital, servicio ambulatorio, clínica privada).

Si hay flexibilidad en los lugares de trabajo, las enfermeras podrán mejorar el acceso de los clientes a los servicios de salud que necesitan. La relación entre la enfermera y el cliente sólo puede fortalecerse cuando hay intercambios en el contexto de las realidades diarias. Por otra parte, se facilita así la preparación de un plan razonable de cuidados y la dedicación constante a él.

Como sucede con cualquier cambio sistémico u organizacional, para la reintroducción de las enfermeras empresarias se precisa una cuidadosa preparación de quienes ejercen la profesión y de todo el sector, creando al mismo tiempo las estructuras necesarias de apoyo jurídicas, socioeconómicas, profesionales y personales. Las asociaciones nacionales de enfermeras tienen una importante función que desempeñar en la evolución constante de la actividad

empresarial de las enfermeras y la seria responsabilidad de vigilar y evaluar lo conseguido en términos de resultados en los pacientes y del sentido de bienestar profesional de las enfermeras.

El profesional en enfermería se desempeña desarrollando las funciones asistenciales, de educación, gerencia e investigación en centros comunitarios, consultorios de enfermería, grupos de autoayuda, centros de protección, guarderías, hogares de niños, adolescentes y de adultos mayores, centros educativos, centros laborales, centros de reclusión, consultorios de atención ambulatoria; perteneciente al sector estatal, seguridad social, y servicios privados.

Hasta hace poco tiempo, la atención de enfermería comunitaria se repartía entre la enfermera en salud pública y la enfermera sanitaria. El término enfermería en salud comunitaria se estableció recientemente y se considera una disciplina erudita de servicio, cuyo propósito es contribuir de manera individual y colectiva a promover el nivel funcional óptimo del usuario o cliente mediante la enseñanza y prestación de cuidados.

Henderson afirmó que la función única de enfermería es el cuidado independiente y consiste en ayudar al individuo, sano o enfermo a recuperar la salud que realizaría sin ayuda si contara con la fuerza, voluntad o con el conocimiento necesario, haciéndolo de tal modo que se le facilite la independencia

lo más rápido posible, afirmaba que a medida que cambiase las necesidades del paciente también podía cambiar el cuidado de enfermería. Virginia Henderson en sus innumerables trabajos explicó la importancia de la independencia de enfermería y, a la vez, de su interdependencia con respecto a otras ramas dentro del área de la salud (Henderson, V., 1978, citado en Reyes, B., 2009).

Henderson también afirma que la enfermera tiene una función especial, diferente al demás equipo de salud, donde su trabajo es ***independiente***, aunque existe una gran relación entre uno y otro dentro del trabajo, donde todos se ayudan mutuamente para completar el programa de cuidado al paciente (Marriner, A., & Raile, M., 2007).

3.3. Atención Domiciliaria.

Históricamente, la asistencia domiciliaria estaba constituida principalmente por profesionales de enfermería que proporcionaban atención privada a los clientes en su domicilio, y la atención de los enfermos por sus propios familiares. Sin embargo, la prestación de los servicios de enfermería profesional a domicilio ha aumentado en frecuencia, ámbito y complejidad. En las dos últimas décadas diversos factores han contribuido a esta tendencia; entre ellos el aumento del costo de la atención sanitaria, el envejecimiento de la población y la mejora en la

calidad de vida. Hasta hace poco tiempo, la asistencia domiciliaria se producía al final de la atención sanitaria; es decir después del alta hospitalaria. Actualmente, esta tendencia está cambiando utilizándose la atención sanitario-domiciliaria para evitar la hospitalización (Kozier, B., 2005).

La atención domiciliaria es el componente de un continuo de cuidados sanitarios globales por el cual los servicios sanitarios son proporcionados a individuos y a familias a domicilio con el propósito de promover, mantener o recuperar la salud, o de maximizar la independencia mientras se minimizan los efectos de la discapacidad o de la enfermedad (Stanhope, M., & Lancaster, J., 2000).

La tendencia actual es hacia periodos de hospitalización más breves y mayor aprovechamiento de servicios sanitarios para pacientes externos, la necesidad del cuidado de enfermería en el hogar y en la comunidad se ha incrementado en forma significativa. Puesto que los servicios de enfermería se prestan tanto dentro como fuera del hospital, la enfermera tiene la opción de trabajar en una gran variedad de ámbitos en el cuidado de la salud: clínicas, centros médicos, centros independientes y agencias para atención domiciliaria (Smeltzer, S., & Bare, B., 2002).

El cuidado en la comunidad no es un concepto nuevo en el campo de la enfermería. Esta ha tenido un papel vital en la comunidad desde mediados y

finales del siglo XIX, cuando las enfermeras visitantes cuidaban de los pobres y los enfermos en sus hogares y sus comunidades, además de educar a sus pacientes y familiares. La idea principal de la enfermería en atención domiciliaria es que en su intervención se puedan reducir infecciones y mejorar el estado de salud de un grupo de ciudadanos (Smeltzer, S., & Bare, B., 2002).

Atender a un paciente en su domicilio no es una situación excepcional en la historia de la medicina. De hecho, hasta el siglo pasado una gran parte de los procedimientos del personal de salud se desarrollaban en el domicilio del paciente.

La gente nacía, enfermaba y moría en su propia cama. El hospital era para los pobres, los moribundos o los enajenados. Durante este siglo se ha desarrollado una cultura hospitalaria, en la que se ha extendido la creencia de la importancia de los hospitales en el tratamiento de cualquier problema de salud. La atención domiciliaria es una alternativa que, puede dar respuesta a algunas de las necesidades asistenciales y mejorar el uso eficiente de recursos que cada vez son más escasos.

La atención domiciliaria es una actividad propia de todos los miembros del equipo de atención primaria, principalmente de los médicos, los profesionales de enfermería y los trabajadores sociales. La labor de coordinación del equipo que atiende a los pacientes en su domicilio debe recaer en la enfermera, ya que las

personas encamadas requieren básicamente cuidados de enfermería y, por tanto, es ésta la que está más próxima al paciente y a su familia (Poveda, S., 2008).

La atención domiciliaria hace referencia a un programa de atención que sin poner en riesgo la vida del paciente y bajo un modelo multidisciplinario brinda una solución a los problemas de salud de ciertos pacientes conservando siempre como mayor logro y objetivo la ganancia en términos de calidad de vida. O bien se define como asistencia y cuidados sanitarios y sociales prestados en el propio domicilio del individuo cuando éste, por padecer un proceso agudo o crónico, no tiene la capacidad o independencia suficientes para acudir al centro de salud (Poveda, S., 2008).

En el modelo de atención domiciliaria se incluyen actividades de todo el espectro de los servicios de salud desde el fomento y la protección de la salud, la atención primaria, la prevención clínica, la hospitalización en casa con el uso domiciliario de equipos tradicionalmente hospitalarios, enfermedades de alto costo y procedimientos de rehabilitación.

Los centros de atención domiciliaria proporcionan servicios profesionales cualificados e intermitentes, y servicios de ayuda a domicilio. Generalmente estos

servicios son administrados uno o dos veces al día y hasta siete días a la semana.

Potter y Perry (2001) incluyen los siguientes servicios:

1. Cuidados/curación de heridas que incluye cambio de vendajes, desbridamientos, irrigaciones, aplicación de apósitos e instrucción a los clientes y a la familia, de las técnicas y cuidados de las heridas.
2. Cuidados en respiración y administración de tratamientos como son: oxigenoterapia, ventilación mecánica, aspiración y cuidado de traqueotomías, palmopercusión, puñopercusión, ejercicios respiratorios, entre otros.
3. Cuidados técnicos y signos vitales: control de tensión arterial y del estado cardiopulmonar; instrucción a los clientes y a las familias de la medición de signos vitales, toma de glicemia capilar, somatometría (peso, talla, IMC), electrocardiogramas, entre otros.
4. Cuidados en eliminación: cuidados de ostomías, inserción de catéter urinario permanente o intermitente, cuidados de la piel e irrigación, irrigación e instrucción a las familias para el control del catéter; diálisis a domicilio.
5. Cuidados en alimentación-nutrición: administración de alimentos por sondas y por vía enteral; valoración del estado de nutrición e hidratación; instrucción a los clientes y a las familias de la alimentación por sondas.

6. Cuidado rehabilitación-movilización: enseñanza de la deambulaci3n y del paso, uso de mecanismos de ayuda, ejercicios de distribuci3n de movimientos e instrucci3n a los clientes y a las familias de las t3cnicas de traslado.
7. Administrar medicamentos: control de cumplimiento, administraci3n de medicamentos por diversas v3as (intravenoso, v3a oral, intramuscular, subcut3neo) e instrucci3n a los clientes y a las familias sobre informaci3n de f3rmacos, preparaci3n de medicamentos y medidas a tomar en caso de efectos secundarios.
8. Tratamiento intravenoso: administraci3n de plasma, analg3sicos, y f3rmacos quimioter3picos e hidrataci3n a largo plazo. Instrucci3n a los clientes y a las familias sobre los mecanismos intravenosos, medidas a tomar en el caso de desconexi3n o de perfusi3n accidental de l3quidos, y de efectos secundarios.
9. Pruebas de laboratorio: control de glucosa en sangre (incluyendo instrucci3n al cliente y a la familia) y extracci3n de sangre con prop3sitos diagn3sticos espec3ficos.

Se encontraron dos estudios relacionados con la evidencia de la atenci3n domiciliaria realizados en Barcelona, el primero por Cruz, A., en 1991 y el segundo

por González y Víctor en el año 2002. Ellos coinciden que las ventajas que se le atribuyen a la atención domiciliaria pueden resumirse en tres tópicos básicos:

1. Aspecto científico-técnico:

- Ausencia de infecciones nosocomiales.
- Disminución de los episodios de confusión mental y/o depresión en ancianos.

2. Aspecto psicosocial:

- Mejora y humanización de la relación personal con el paciente.
- Permite mayor intimidad y comodidad, además de liberar los horarios de actividades propias (alimentación, descanso, higiene, etc.).
- Evita desplazamientos de los familiares al hospital, con el consiguiente ahorro económico y de tiempo.
- Facilita la comunicación entre el personal de salud y los familiares.
- Integra a la familia en el proceso curativo.
- Promueve las actividades de educación sanitaria.
- Independencia y entorno cercano y familiar donde se resuelven los problemas reales.

3. Aspecto gerencial/gestión:

- Disminuye los costos marginales por proceso.
- Facilita el acceso a los hospitales a quien realmente los necesita.

- Sirve de conexión entre el hospital y el primer nivel, favoreciendo la comunicación entre los profesionales de ambos niveles asistenciales
- Atención más barata, eficaz y humana, si se reducen los ingresos y las estancias hospitalarias. Permite una interacción que no era posible en muchas ocasiones con el sistema de cuidados tradicional.

Poveda, S. (2008) refiere que los pacientes que requieren atención domiciliaria presentan junto a otras patologías algún motivo o dificultad para acudir al centro sanitario. Las principales causas que generan la atención domiciliaria son:

1. Paciente encamado con sus consecuentes complicaciones (ulceras, incontinencia, etc.).
2. Paciente terminal por enfermedad neoplásica y otras patologías.
3. Minusvalías físicas, amputación, ceguera, entre otras.
4. Minusvalías psíquicas, demencias, etc.
5. Problemas crónicos en fase avanzada (poliartrosis).
6. Trastornos de la nutrición y la deglución (sondaje nasogástrico).
7. Insuficiencia respiratoria crónica (oxigenoterapia).
8. Alteraciones de la movilidad.

9. Puerperio.

10. Intervenciones quirúrgicas y cuidados post-hospitalarios.

11. Problemas neurológicos (accidente vascular cerebral, esclerosis múltiple, etc.).

12. Ancianidad, entre otros.

La atención domiciliaria se presenta en ocasiones como una parte de la solución a los problemas financieros de los sistemas de salud, reduciendo la institucionalización y las estancias prolongadas (Osés, F., Loperena, C., y Ancizu P., 1995) y el costo social por problemas derivados del cuidador (absentismo o bajas laborales, gasto en patologías del cuidador, etc.), al tiempo que pretende mejorar la calidad de vida de la población a la que se dirige (SoroChan, M., y Lynn, B., 1994).

En este caso, la atención domiciliaria no sólo puede ser una herramienta financiera, sino que también puede suponer una solución socio sanitaria, representando un enfoque asistencial holístico que permita dar autonomía al paciente en su propio entorno (SoroChan, M., y Lynn, B., 1994).

3.4 Estudios relacionados

Checa, P., Camarena, P., Sabadell, G., García, M., Beltrán, M., Alonso, E., Rigol, C., Márquez, R., Díaz, B., Martínez, F., Lluch, C., Ayllón, O., Sabater, M. (2006), realizaron un ensayo clínico durante un año, con un grupo experimental y grupo control, y mediciones pre y pos intervención. La muestra estuvo compuesta por 52 pacientes por un trastorno mental severo, residentes de la ciudad de Badalona (Barcelona). Se estudiaron 30 pacientes en grupo experimental y 22 en el grupo control; en el grupo experimental se consiguió aumentar la adherencia, incrementar el grado de vinculación a los centros de salud mental, reducir el número de reingresos, aumentar el nivel de calidad de vida de los pacientes. Los resultados permiten concluir que la atención domiciliaria incide favorablemente en el nivel general de salud de los pacientes afectados de trastorno mental severo.

De la misma manera Frías, A., Prieto, M. A., Heirlech, C, y Gil, G. (2003), elaboraron un estudio descriptivo transversal mediante cuestionario autoadministrado a profesionales de enfermería que realizan atención domiciliaria en centros de salud de Andalucía. El tamaño de la muestra fue de 348 sujetos y las principales mediciones han sido la satisfacción con la atención domiciliaria, las actitudes ante el paciente y familiar, la percepción del rol profesional y la percepción sobre la capacitación. Dentro de los principales resultados se encontró que el 71.5% de las enfermeras están satisfechas con la atención domiciliaria, el 48% se muestran satisfechos con la atención de pacientes con SIDA en fase

terminal, entre el 73.5 y el 80.7% están de acuerdo con que el papel de la familia es lo más importante para el bienestar del enfermo con cáncer, demencia y SIDA; el 77% de las enfermeras perciben que se encuentran capacitadas en promoción de aspectos psicosociales. Concluyendo que la satisfacción de las enfermeras con el trabajo domiciliario es alto y se valora positivamente la influencia de la familia en el bienestar del enfermo.

En otro estudio que se realizó en Cataluña, Martínez, D., Rodríguez, A., Ramírez, A., García, A., Fabregat, A., y Fusté, A. (2007), realizaron una investigación cualitativa con un análisis descriptivo del contenido. Este estudio aporta la voz de mujeres mayores de 75 años que viven solas en sus hogares sin poder bajar la calle por motivos de salud o infraestructura, y a través de su discurso nos aproximamos a la apreciación que tienen de los servicios sanitarios a los que han accedido y que han recibido atención domiciliaria. Donde se observó que las primeras ayudas que recibieron estas mujeres eran diversas y complementarias, y que mayoritariamente presentaban limitaciones físicas, se sentían solas, tenían baja autoestima, se acercaban al futuro con desesperanza y tenían dificultades para expresar sus demandas. Generalmente ellas se mostraron satisfechas de los servicios sanitarios recibidos (incluyendo atención domiciliaria). A modo de conclusión expresa que es imprescindible que los profesionales de enfermería estén alertas y construyan canales nuevos para movilizar recursos que den respuestas de la forma más rápida y eficaz posible.