

# Atención domiciliaria

## CAP «Cantera»

Joan Enric Torra i Bou\*

### INTRODUCCIÓN

La experiencia que se describe en este trabajo fue realizada durante el periodo de tiempo comprendido entre septiembre de 1984 y julio de 1985 en el CAP (Centro de Asistencia Primaria) Cantera, centro ubicado en el barrio de Roquetes, en Barcelona.

Para una correcta comprensión del mismo, hay que tener en cuenta que durante el periodo de tiempo en que se llevó a término esta actividad, apareció el Decreto 84/85 sobre la reforma de la atención primaria en Catalunya, que posteriormente se ha ido desplegando en normativa adicional. Por ello, algunos de los aspectos considerados en las conclusiones de este trabajo ya han sido solucionados o esperamos que puedan solucionarse con la aparición del mencionado marco legal.

Aún contando con esta posibilidad es interesante la exposición del mencionado trabajo, ya que puede orientar en la implantación de programas de atención domiciliaria en los centros de atención primaria.

### El CAP Cantera

El CAP Cantera es un centro de asistencia primaria jerarquizado, antiguo consultorio modulado de la Seguridad Social que, junto a los centros de la Mina, Vilarroja y Ciutat Badia, forma parte del programa para la reforma de la atención primaria en Catalunya.

Estos centros son un punto intermedio entre las actuales instituciones abiertas de la Seguridad Social (ambulatorios tradicionales) y los centros de atención primaria en las áreas básicas de salud.

\* Enfermero. Sección de Enfermería. Departamento de Sanidad. Generalitat de Cataluña.

### Resumen

El artículo que hoy presentamos trata una experiencia práctica llevada a cabo en el CAP Cantera, en Barcelona. Tras situarnos todas las coordinadas que explican las condiciones de vida y las características del barrio en el que se ubica el citado CAP, el autor relata cómo se ha llevado a la práctica la justificación y el desarrollo de un programa de atención domiciliaria.

A continuación, sin olvidar la metodología de necesaria aplicación y tras una breve exposición de resultados y problemas con los que el proyecto se ha visto enfrentado, el artículo infiere la posibilidad de llevar a cabo un sistema de trabajo diferente en atención domiciliaria.

Como características diferenciadoras de estos centros podemos destacar:

- El desarrollo progresivo por parte del equipo de enfermería de unas funciones más amplias y adecuadas a su formación y a las necesidades de salud de la población que las llevadas a cabo en la dinámica de los ambulatorios tradicionales.
- La asignación al centro de la población beneficiaria de la Seguridad Social que habita en una zona geográfica delimitada.
- Dedicación de seis horas de jornada laboral por parte del personal médico y de enfermería.
- Uso de registros asistenciales individuales (la historia clínica de atención primaria).
- Desarrollo conjunto entre los equipos médicos y de enfermería de programas orientados a enfermos crónicos y grupos de alto riesgo.

Durante el periodo de tiempo en el que se llevó a cabo el programa que se describe en este trabajo, el personal de enfermería del centro estaba formado por los siguientes profesionales:

- Dos enfermeras adjuntas
- Cinco enfermeras contratadas
- Cuatro ATS/DE de zona con contrato interino, y
- Cuatro auxiliares de clínica

Este personal se había estructurado en dos turnos, mañana y tarde, al frente de los cuales se encontraba una adjunta.

### El barrio de Roquetes

Roquetes es un típico exponente de los barrios marginales que fueron construidos en los alrededores de las grandes ciudades durante el «boom» migratorio de los años sesenta. Se encuentra en la ladera del Turó de Roquetes, en las estribaciones de la Sierra de Collserola, barrera montañosa que corta el crecimiento de la ciudad de Barcelona por el norte.

Este barrio cuenta con malas comunicaciones tanto con el resto de Barcelona como en su mismo interior, ya que en él existen unos desniveles muy pronunciados que se salvan con calles de fuerte pendiente.

En el aspecto urbanístico hay que destacar que durante el periodo de crecimiento de dicho barrio no existió una adecuada planificación, por lo que aparecen una gran cantidad de viviendas de autoconstrucción con unas características muy peculiares. Esta actividad de autoconstrucción llegó a su máximo exponente con la creación, por parte de los vecinos, de la red de alcantarillado de la parte más vieja del barrio. Junto a las viviendas que ya hemos mencionado, tendríamos que añadir las de construcción reciente y algunos bloques levantados por la extinta Obra Sindical del Hogar, en los que la calidad de edificación y las condiciones de habitabilidad brillan por su ausencia.

Por lo que hace referencia a la población, si tomamos como punto de partida



**Las acciones de enfermería se reducían a la administración de inyectables y/o curas a domicilio, obviando el hecho de proporcionar una atención de enfermería integral**

**(Se necesita) la aplicación de una metodología de trabajo concreta para el profesional de enfermería**

el censo del año 1980, encontramos en Roquetes una población de 18.889 personas: 9.452 mujeres y 9.437 varones (tabla I y fig. 1).

Esta población ha llegado a Roquetes en diferentes oleadas inmigratorias, siendo de destacar el hecho de que se resalta una estructura familiar ya establecida en el lugar de origen, fenómeno que puede comprobarse en la pirámide de población. En ella se aprecian tres engrosamientos, que se corresponden con tres generaciones: abuelos, padres e hijos. Esto explica que en una vivienda convivan tres generaciones de una misma familia, hecho que tiene una gran trascendencia para comprender el funcionamiento de este programa de atención a domicilio.

Otra característica del marco que aquí se describe es el impacto de la última crisis económica, que ha acentuado toda una serie de problemas de índole socio-económica, por lo que en la actualidad, además del paro, encontramos en Roquetes otros problemas que tienen una especial incidencia en la salud de la comunidad. Entre éstos, podríamos destacar:

- La existencia de un elevado número de pensionistas con un bajo poder adquisitivo.

- La falta de recursos económicos en muchas familias.
- La situación de hacinamiento en algunos hogares.
- La inestabilidad de permanencia en las viviendas.
- Los desahucios, provocados por impagos de alquileres.
- La presencia de malos tratos, tanto en niños como al cónyuge y a personas mayores.
- La existencia de un elevado grado de delincuencia y de problemas relacionados con la drogadicción.

En el seno de este marco de referencia, con un número bastante elevado de personas ancianas y con bastantes enfermos encamados, nos encontramos con que el trabajo de enfermería en el domicilio se realizaba de una manera tradicional y desgraciadamente habitual. Las acciones de enfermería se reducían a la adminis-

tración de inyectables y/o curas a domicilio, obviando el hecho de proporcionar una atención de enfermería integral a la persona enferma.

## Justificación del programa

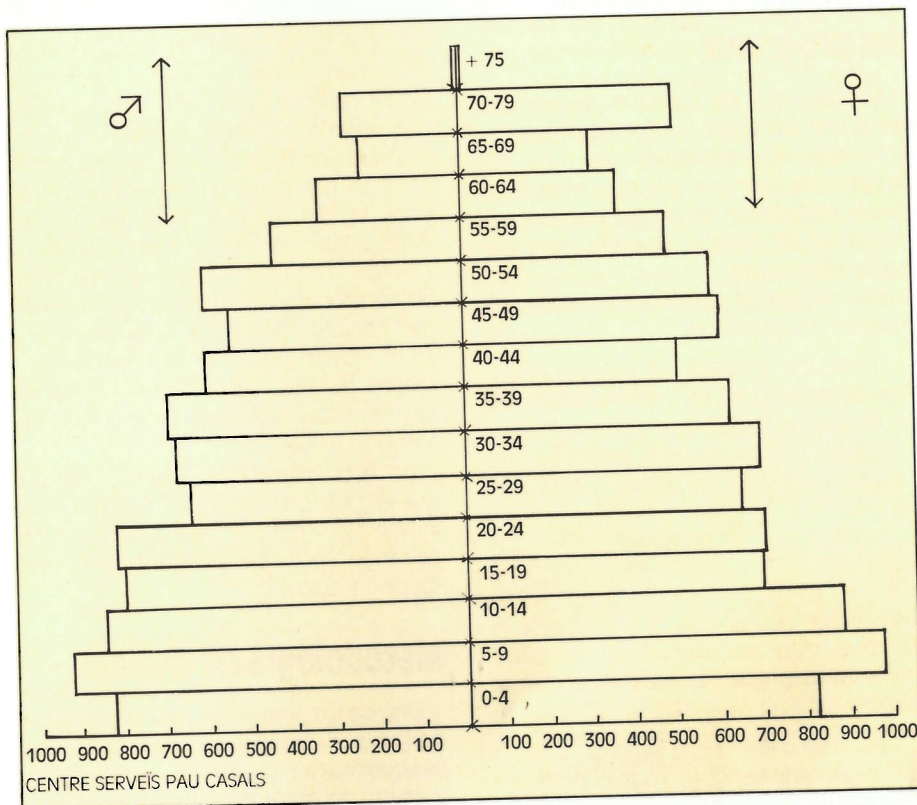
Ante la problemática que ya se ha mencionado, con un número importante de enfermos en su domicilio, y con la idea de dar una respuesta más adecuada a la realidad de la enfermería en el seno de la atención primaria de salud, enfocando el trabajo de ésta hacia la resolución de las necesidades de salud no satisfechas, se puso de manifiesto la necesidad de reorientar el trabajo de los profesionales de enfermería de zona hacia la realidad actual.

Dentro de esta línea de trabajo, existen dos elementos que interactúan entre sí:

**TABLA I**

0 a 14 años .....	5.333 personas (28 %)
15 a 25 años .....	3.166 personas (16 %)
25 a 60 años .....	8.386 personas (44 %)
más de 60 a .....	2.004 personas (10 %)

Fuente: Centre de Serveis Socials Pau Casals, Ajuntament de Barcelona



**Figura 1.** Pirámide según edad y sexo (censo año 1981).



- La necesidad de la aplicación de una metodología de trabajo concreta para el profesional de enfermería.
- La aplicación de la teoría del autocuidado con el propósito de que, tanto el paciente como su familia, adquieran el máximo grado de independencia y responsabilidad en el mantenimiento y recuperación de su salud.

## Definición y despliegue del programa

El programa de atención domiciliaria surgió de una parte del colectivo de profesionales de enfermería de zona del centro (uno de los cuatro existentes), con la implicación en su planeamiento y desarrollo del equipo de enfermería del turno de mañana.

Este programa se planteó bajo dos objetivos fundamentales:

1) Mejorar el estado de salud de la población adscrita al CAP Cantera, mediante la prestación de atención de enfermería a domicilio a todas aquellas personas que debido a su estado no pueden desplazarse al centro.

2) Elevar el nivel de experiencias y conocimientos del equipo de enfermería del CAP Cantera mediante la aplicación de proceso de atención de enfermería en la resolución de problemas de salud en enfermos que no pueden acudir al centro.

Tras la discusión en el seno del equipo de enfermería se acordó que el presente programa sería llevado a término por un ATS/DE de zona interino, ya que el resto no consideraban este tema de su incumbencia. Aunque la realización de las visitas estaba encomendada a un profesional, la discusión de casos y estrategias se hacía en el seno del equipo de enfermería del turno de mañana.

Para el despliegue y puesta en marcha de este programa, el equipo de enfermería se fijó una serie de etapas:

- 1) Elaboración y definición conceptual del programa de atención domiciliaria
- 2) Confección de la metodología de trabajo, mediante la redacción y posterior discusión entre el equipo de enfermería y algunos de los componentes del equipo médico del centro
- 3) Elaboración y fijación de criterios mínimos para la inclusión de enfermos en el programa de atención domiciliaria
- 4) Recogida de información, primera visita y realización de los planes de atención de enfermería para cada uno de los enfermos

5) Ejecución, seguimiento y control de los planes de atención de enfermería de los enfermos atendidos dentro de este programa

6) Seguimiento y revisión del programa y de la metodología utilizada

7) Difusión del programa para su incorporación en la dinámica de trabajo de otros centros de atención primaria

En la práctica este programa se basa en la idea de responsabilizar a la familia, y en su caso al propio enfermo, del cuidado de éste, actuando el profesional de enfermería como un agente de educación y cuidado de la salud. Éste, a la vez que enseña y corrige aquellas actuaciones que son realizadas de una forma incorrecta por parte de la persona cuidadora o del mismo enfermo en su autocuidado, introduce nuevas acciones y se hace responsable de otras más complejas, procurando siempre que el enfermo, conjuntamente con la familia, alcance el mayor grado de independencia y calidad de vida, con el concurso de los profesionales que integran el equipo de atención de salud.

De esta manera se intenta, siempre que ello sea posible, que el enfermo esté inmerso en su medio habitual, responsabilizando a él y a sus familiares de su protección y cuidado.

## Metodología de trabajo

Uno de los problemas más importantes en la puesta en marcha de un programa es la unificación de criterios para la aplicación de una metodología de trabajo. Para ello, se preparó un documento que, tras

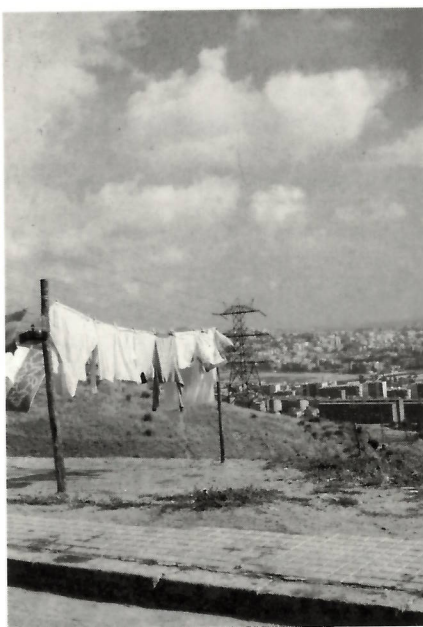
***Se intenta que el enfermo esté inmerso en su medio habitual, responsabilizando a él y a sus familiares de su protección y cuidado***

***El establecimiento de una dinámica de trabajo en equipo se convierte en herramienta fundamental para asegurar el éxito de un programa de atención domiciliaria***

su discusión por parte del equipo de enfermería implicado, establecía las siguientes etapas:

### a) Selección del enfermo

Aquel susceptible de recibir atención domiciliaria dentro de este programa se lleva a cabo entre el médico responsable del mismo y el equipo de enfermería, de acuerdo a su nivel de dependencia y a las necesidades de salud no satisfechas.





***(Se demuestra) la posibilidad de un sistema de trabajo diferente para la atención domiciliaria que presta el profesional de enfermería en un CAP***

#### **b) Recogida previa de información**

Recogida previa de información del enfermo, tanto de la historia clínica de atención primaria (HCAP) como de los registros hospitalarios u otras fuentes de información (p.e., informes de trabajo social, etc.), los cuales van a permitir un adecuado enfoque de la primera visita.

#### **c) Primera visita de enfermería**

En la que tiene lugar el primer contacto entre el enfermo y familia o persona cuidadora con el profesional de enfermería y en el que se realizan una serie de actividades:

- Presentación del profesional de enfermería. En algunos casos se hacía conjuntamente con el médico responsable
- Exposición del programa de atención domiciliaria al enfermo y a su familia
- Valoración de la situación y contrastación de los datos anteriormente obtenidos por el profesional de enfermería
- Establecimiento conjunto entre el profesional de enfermería y el paciente o la persona que lo cuida de un plan inicial de atención

#### **d) Diagnóstico de enfermería**

Tras la valoración se fija un diagnóstico de enfermería.

#### **e) Plan de cuidados**

De manera conjunta entre el profesional de enfermería, el enfermo y su familia, de acuerdo a las necesidades alteradas enumeradas en el diagnóstico de enfermería, se establece un plan de cuidados que incluya los objetivos y actividades de enfermería.

#### **f) Seguimiento**

Seguimiento continuado del plan de cuidados, de acuerdo al estado de necesidades del paciente, introduciendo el profesional de enfermería aquellas variaciones que crea oportunas de acuerdo al efecto de los cuidados de enfermería en el paciente.

#### **g) Discusión por parte del equipo**

Se hace con todos aquellos aspectos relativos a los planes de cuidados de los enfermos y su evolución, así como de los cuidados a cambiar. En algunos casos, y de acuerdo a las características de las acciones de enfermería, estas sesiones de discusión se complementaban con el programa de formación continuada de enfermería.

#### **h) Revisión a posteriori**

Con la recogida de información de cada uno de los enfermos incluidos en el programa, valorando el efecto de la aplicación del proceso de atención de enfermería en la resolución de las necesidades de salud alteradas.

Otros puntos a tener en cuenta en la metodología de trabajo son los registros asistenciales, la dinámica de trabajo en equipo y la programación del trabajo generado por la aplicación del programa.

En referencia a los registros, en un principio éstos se transcribían en un documento en el que el profesional de enfermería hacía constar la valoración, información, recogida, diagnóstico de enfermería, plan de cuidados y evolución del enfermo. Con el tiempo, se vio que la duplicidad de registros (médicos y de enfermería) era un elemento disgregador de la atención, por lo que éstos se unificaron en la hoja de curso clínico de la HCAP, en la que coexistían los registros médicos y de enfermería.

En otro orden de cosas, el establecimiento de una dinámica de trabajo en equipo, con un contacto permanente entre el médico responsable del paciente y del profesional de enfermería que lleva

a término la atención domiciliaria, se convierte en una herramienta fundamental para asegurar el éxito de un programa de atención domiciliaria.

Finalmente, para la realización de las visitas de enfermería se estableció una programación de acuerdo al grado de dependencia del enfermo y de su evolución, mecanismos para que la familia pudiese contactar directamente con el profesional de enfermería responsable del programa. Por término general la periodicidad de las visitas oscilaba entre los dos y los treinta días.

Como hecho anecdótico, comentar el traslado de una enferma desde su vivienda habitual hasta su población de origen. En este caso se ensayó un sistema de transcripción y envío de información del equipo de enfermería hacia el profesional de la localidad mencionada, con lo que se intentaba asegurar la continuidad en la prestación de los cuidados de enfermería.

### **Evaluación**

La evolución del programa que nos ocupa corresponde al periodo de tiempo comprendido entre noviembre de 1984 y junio de 1985.

La puesta en marcha de este programa se realizó de una manera progresiva, llegando al final del periodo mencionado a los siguientes datos:

- Venticuatro enfermos atendidos
- Sesenta y cuatro años de edad media
- Ciento cuarenta y cinco visitas de enfermería realizadas
- Durante junio de 1985, el número de enfermos atendidos era de veinte





Los datos anteriores nos permiten ver una dimensión cuantitativa del programa, ahora bien, es una tarea tremendamente difícil hacer una valoración del efecto de la atención de enfermería sobre un colectivo de enfermos, por lo que se intentará hacer la evaluación de la misma mediante unos parámetros que, aunque pocos, son el máximo de objetivos y representativos. Para ello, he dividido a los enfermos en dos grandes grupos:

- a) Enfermos encamados
- b) Enfermos no encamados

### a) Enfermos encamados

Se incluyen dentro de este epígrafe todos aquellos que al empezar a ser atendidos dentro de este programa estaban encamados permanentemente, once enfermos, en total, con una edad media de setenta y seis años.

Este grupo de enfermos generó ochenta y cinco visitas de enfermería, las cuales corresponden a una media de ocho visitas por paciente.

Estos enfermos, si atendemos a la patología que les producía el encamamiento, podemos englobarlos en los siguientes apartados:

- Accidente vascular cerebral, cinco enfermos
- Envejecimiento y sus secuelas, dos enfermos
- Problemas circulatorios en extremidades, un enfermo
- Demencia senil precoz, un enfermo
- Proceso respiratorio crónico, un enfermo
- Neoplasia de próstata, un enfermo

Si hacemos un resumen de las acciones de enfermería que se han realizado con estos enfermos, éstas pueden incluirse en los siguientes epígrafes:

- Apoyo emocional y psicológico al enfermo y a la persona cuidadora
- Descripción de la enfermedad, sus limitaciones y la actuación ante éstas
- Enseñanza de las medidas de higiene ante un enfermo encamado
- Enseñanza de los aspectos que hacen referencia a la dietética de un enfermo encamado
- Enseñanza y ejecución de medidas de profilaxis y cuidado de úlceras por decúbito
- Enseñanza y ejecución de medidas de movilización de enfermos encamados
- Enseñanza y ejecución de medidas básicas de fisioterapia respiratoria
- Vacunación antigripal
- Control de constantes vitales y glucemias

Para la valoración del efecto de la atención de enfermería en estos pacientes se usan unos parámetros globales que nos permiten ver la evolución de la muestra. Éstos intentan ser el máximo de objetivos, a sabiendas de que existen otros con una mayor subjetividad que se ha preferido no tenerlos en cuenta: aumento de la calidad de vida, satisfacción del usuario, satisfacción ante el equipo de salud, etc., y que no por ello dejan de ser muy importantes. Los parámetros utilizados son:

Enfermos fallecidos; úlceras por decúbito; movilización del enfermo y los ingresos hospitalarios.

### Enfermos fallecidos

Aunque las causas del fallecimiento no son ni mucho menos responsabilidad de las acciones de los profesionales de la salud (al menos esto es lo deseable), se usa este parámetro para hacer un seguimiento global de la muestra estudiada.

Sobre una cifra total de once enfermos, el número de fallecimientos es de tres, el 27 %. Las causas de fallecimiento son las siguientes:

- Muerte súbita por proceso tromboembólico
- Sepsis por sobreinfección de úlceras por decúbito
- Paro cardio-respiratorio

### Úlceras por decúbito

Este parámetro hace referencia a los enfermos que, al empezar a recibir atención de enfermería a domicilio, tenían úlceras por decúbito. En nuestro caso nueve enfermos que corresponden al 80 %; su evolución fue la siguiente:

- Un enfermo falleció (11 %)
- Siete enfermos curaron totalmente las úlceras (77 %)
- Un enfermo con las úlceras en curación en el momento de hacer la evaluación (11 %)

### Movilización

En este apartado se incluyen aquellos pacientes que al empezar a recibir atención de enfermería a domicilio permanecían durante todo el día encamados. Totalizaban cinco casos y después de su admisión en el programa de atención domiciliaria, y en un 60 por ciento de los casos, se consiguió que se levantaran, solos o con la ayuda de familiares.

### Ingresos hospitalarios

El número de ingresos hospitalarios es un parámetro que nos permite ver la evolución del grupo de enfermos estudiados.



Durante el periodo de tiempo evaluado se produjo un ingreso (11 %) entre los enfermos encamados.

### b) Enfermos no encamados

En este epígrafe se incluyen un total de trece enfermos, con una edad media de sesenta y tres años y un número total de sesenta y cinco visitas que corresponden a una media de cinco visitas por enfermo. En éstos encontramos las siguientes patologías:

- Dos enfermos diabéticos
- Dos con accidente vascular cerebral
- Un enfermo con demencia senil
- Tres quirúrgicos
- Un enfermo neoplásico
- Dos obesos
- Un enfermo cardiopata
- Un enfermo respiratorio

Las acciones de enfermería realizadas en estos pacientes pueden incluirse bajo los siguientes apartados:

- Apoyo emocional y psicológico
- Descripción de la enfermedad y de sus limitaciones
- Reorientación de las actividades del enfermo
- Acciones encaminadas a la consecución de un mayor grado de independencia por parte del paciente
- Enseñanza y corrección de hábitos dietéticos
- Control de constantes vitales
- Control de glucemia y
- Realización de curas en pacientes con lesiones crónicas o de larga evolución



Para la evaluación del efecto de la atención de enfermería en estos pacientes, hablaremos de dos parámetros estrictamente objetivos: los enfermos fallecidos y el número de ingresos hospitalarios.

### Enfermos fallecidos

Sobre un total de trece ha habido dos fallecimientos, lo que corresponde a un quince por ciento del total de la muestra.

### Ingresos hospitalarios

Durante el periodo de tiempo evaluado se han producido dos ingresos hospitalarios, los cuales se corresponden con el quince por ciento de los enfermos no encamados.

Con referencia a la evaluación de la atención de enfermería, hemos hecho mención de parámetros objetivos y cuantificables, aunque existe otro gran número de variables como:

- Mejora de la calidad de vida del enfermo
- Aumento de su grado de independencia
- Grado de satisfacción hacia el equipo de atención de salud
- Aprovechamiento de los recursos existentes
- Disminución del grado de ansiedad en el enfermo y en la familia

y un largo etcétera que, en mayor o menor grado, se han ido cumpliendo, aunque en la fecha no se disponía de elementos para hacer una evaluación objetiva. Tampoco se puede apreciar exactamente el impacto económico de la asistencia (disminución de estancias hospitalarias, racionalización del gasto farmacéutico y demanda de la atención sanitaria).

Por otro lado es muy difícil evaluar el beneficio que los profesionales de enfermería pueden obtener con la puesta en marcha de una experiencia de este tipo.

## Problemas

En el transcurso de la ejecución de este programa se detectaron toda una serie

de problemas que podrían resumirse bajo los siguientes epígrafes:

- Desinterés por parte de algunos profesionales de enfermería, ya que el hecho de plantear la atención domiciliaria en base a las necesidades del paciente conlleva un aumento de trabajo, anteponiendo el tiempo a la calidad de la atención prestada.
- Inexistencia o poco arraigo del trabajo en equipo multidisciplinario. Por parte de algunos profesionales, el trabajo en equipo es el resultado de su trabajo con la colaboración de algunos profesionales añadidos.
- Algunos médicos no asumen el rol que tiene la enfermería en la atención primaria de salud.
- Inexistencia de protocolos de atención, ya sean médicos, de enfermería o conjuntos, por lo que las estrategias,

acciones y técnicas no están unificadas bajo unos objetivos comunes.

- Conversión de un programa de atención domiciliaria en otro de atención a enfermos crónicos y desahuciados, olvidando otros aspectos de la atención domiciliaria.
- Ausencia de algunos profesionales en el equipo de atención de salud (trabajadores sociales, fisioterapeutas, psicólogos etc.), con lo que el profesional de enfermería actúa algunas veces de comodín polivalente ante la ausencia de los profesionales adecuados a la resolución de problemas específicos.
- Falta de coordinación entre los diferentes niveles de atención de salud.
- Falta de coordinación entre las diferentes estructuras de atención, como beneficencia, Ayuntamiento y Seguridad Social, con lo que a veces existen casos de duplicidad o infrautilización de recursos.

## CONCLUSIONES

Tal como se ha comentado en la presentación, el objetivo de este trabajo es demostrar la posibilidad de un sistema de trabajo diferente para la atención domiciliaria que presta el profesional de enfermería en un centro de atención primaria.

Como se mencionó en el apartado de problemas, este programa se ha centrado en enfermos crónicos, aunque existe un gran abanico de posibilidades que abarca desde la atención materno infantil hasta la atención de enfermos agudos o las actividades

de promoción de salud en la vivienda de los usuarios.

También se ha comentado en la metodología de trabajo que es fundamental la utilización de un modelo riguroso y científico de trabajo, el cual, orientado al quehacer de la enfermería, toma el nombre de Proceso de Atención de Enfermería, junto con el soporte de los registros asistenciales del enfermo o usuario, en nuestro caso la HCAP (Historia Clínica de Atención Primaria).

### BIBLIOGRAFÍA

Estudio del Barrio de Roquetes, Centre de Serveis Socials Pau Casals, Ajuntament de Barcelona, 1983 - (Trabajo no publicado).

Estadística municipal de Barcelona, Ajuntament de Barcelona, 1985.

ABRAAM SONIS Y COL. *Administración Sanitaria*, ed. El Ateneo, Barcelona, 1982.