

XI SEMINARIO DE AUTOFORMACIÓN DE LA RED CAPS **Barcelona, 30 de octubre de 2009**

EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA ¿HACIA DÓNDE VA?

Vicencia Laguna

Enfermera CAP Sanllehy de Barcelona

En relación a la pregunta de hacia dónde va enfermería de atención primaria os confieso que yo no tengo una respuesta, que tengo muchos interrogantes y dudas y que es lo que voy intentar explicaros.

Antes de empezar a exponeros mis interrogantes debo deciros que me situaré en el contexto que conozco, que es Catalunya, y más concretamente la ciudad de Barcelona, por supuesto en la atención primaria que es mi ámbito de trabajo y en dónde he trabajado durante unos 17 años aproximadamente.

También me centraré en la atención a la población adulta ya que pediatría tiene unas características concretas y específicas.

Deciros que no hay un debate amplio sobre el tema.

Partiré de dónde venimos, dónde estamos y hacia dónde podemos ir.

Existe un amplio consenso en considerar el nacimiento de la enfermería moderna en la mitad del siglo XIX de la mano de Florence Nightingale, que abrió para esta profesión unos horizontes nuevos basados, sobretudo, en una formación sistematizada. En su programa formativo incluía temas de prevención de las enfermedades y ponía especial énfasis en atender el estado mental del enfermo tanto como su aspecto físico. Prestaba mucha atención a la higiene de la familia y de la comunidad, a los cuidados de los niños y a la educación para la salud. No solo formaba profesionales para ejercer en los hospitales también lo hacía para atender en los domicilios de las personas necesitadas.

La fundadora de la enfermería moderna concibió a la nueva profesional no solo como cuidadora en el ámbito hospitalario, sino como promotora de salud en la comunidad.

Aquí en España, entre 1952 y 1977 la formación de enfermería, llamada Ayudante Técnico Sanitario -ATS- se orientó para dar soporte a la medicina (léase al médico) y se basaba en enfermedades y técnicas, la enfermera, cuya palabra desapareció del título oficial, no podía tener criterio propio: obedecía, mantenía limpio el instrumental, curaba según criterio médico. Se caracterizaba sobre todo, por el desarrollo tecnológico de los recursos asistenciales y por un sistema sanitario claramente hospitalocéntrico.

A partir de 1977 los estudios de enfermería se integraron en la Universidad reconociéndoles su corpus teórico y afortunadamente recuperando el término de enfermera –Diplomatura en enfermería-. El nuevo curriculum, claramente orientado hacia un nuevo modelo de salud y hacia una visión integral del ser humano, incluía materias tan ligadas a la actividad comunitaria

como a la salud pública, geriatría, administración, educación sanitaria, ciencias de la conducta, etc.

A partir de ese momento coincidieron una serie de circunstancias que hicieron que las enfermeras desarrollaran un rol autónomo, cuyo embrión en atención primaria fueron las consultas de enfermería, que sirvió para el posterior desarrollo de la profesión.

A modo de recordatorio de algunas de las circunstancias de esa época destacaría:

- En 1978 la conferencia de Alma-Ata para el desarrollo de la atención primaria de salud que, al coincidir con el proceso de democratización aquí, tuvo una influencia decisiva en las propuestas políticas de transformación del antiguo modelo de Seguridad Social.
- El congreso de médicos y biólogos de lengua catalana (Perpinyà 1979) con su definición de salud como una manera de vivir autónoma, solidaria y gozosa.
- La constitución en el Colegio de Médicos del GAPS –Gabinet d’Assessoria i Promoció de la Salut- (solo recordaros que fue el precursor del CAPS) que planteaba los Centros de Salud para ofrecer una auténtica medicina y que estuvieran integrados por equipos interdisciplinarios.
- La publicación del real decreto de 1984 y la Ley de Sanidad de 1986 que establece la asignación geográfica de una población, el área básica de salud, y el Equipo de Atención Primaria formado por personal médico (de familia y odontología), personal de enfermería y auxiliar de enfermería, personal administrativo y trabajadores sociales.
- Un amplio y entusiasta movimiento de enfermeras dispuestas a llevar a la práctica una forma de trabajar nueva, autónoma, ilusionante y también con incertidumbres.

Estos cambios quedan reflejados en **el marco legal** actual que recoge las siguientes funciones del equipo de atención primaria:

- La función asistencial: supone la atención coordinada de los distintos profesionales, está dirigida a los individuos, la familia y la comunidad, sanos o enfermos, fundamentalmente mediante acciones de promoción y prevención, además de labores de curación, rehabilitación y reinserción. Para ello hay programas de salud como soporte. Por ejemplo el del niño-a sano-a, personas mayores frágiles, crónicos, ...etc. Se lleva a cabo en las consultas de CAP, en los domicilios o en grupos, tanto en el propio CAP como en la comunidad.
- La función docente: se dirige, en primer lugar a la población, e incluye intervenciones de educación para la salud de la comunidad o de sus grupos. También hace referencia a la autoformación de todo el equipo.
- La función de gestión/administración: se refiere a la organización del centro, a la planificación y evaluación de las intervenciones y actividades y a la coordinación con otros niveles y zonas.
- La función de investigación: dirigida a conocer la situación de salud de la comunidad, sus necesidades, estilos de vida, problemas de salud prioritarios entre otros

En todo esto ¿qué aportamos las enfermeras?

Partimos de **La definición de enfermería que establece el CIE (Consejo Internacional de Enfermería -2008-) es:**

La enfermería abarca los cuidados, autónomos y en colaboración, de las personas de todas las edades, las familias, los grupos y las comunidades, sanos o enfermos, en todos los contextos. La enfermería incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y el cuidado de los enfermos, discapacitados y moribundos. Son también funciones capitales de la enfermería la defensa y la promoción de un entorno seguro, la investigación, la participación en el establecimiento de la política de salud y en la gestión de los pacientes y de los sistemas de salud, y en la formación.

Todo ello se ha plasmado en que las enfermeras de atención primaria trabajamos:

- Con un **modelo de cuidados enfermeros**. En Catalunya el modelo conceptual más utilizado es el de Virginia Henderson. Virginia Henderson fue una enfermera nacida el año 1897 en Kansas City, Virginia (EEUU) que desarrolló su trabajo a partir de la Primera Guerra Mundial y fue una avanzada en el desarrollo de la enfermería. (Colaboró y a petición del CIE definió que es una enfermera) Virginia Henderson afirma que *“la función propia de la enfermera es asistir a la persona, sana o enferma, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría por si misma si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Y hacer esto, de tal manera que le ayude a recuperar su independencia de la forma más rápida posible. Igualmente, ayuda al paciente a seguir su plan terapéutico tal como fue indicado por el médico y colabora con éste en el diagnóstico y seguimiento de la enfermedad”*.

Define la persona como un todo complejo con componentes biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales, que presenta 14 necesidades básicas o requisitos que debe satisfacer para mantener su integridad (física y psicológica) y promover su desarrollo y crecimiento. Estas 14 necesidades o requisitos para desarrollar el potencial son comunes a todas las personas, tanto sanas como enfermas, y constituyen la base de los cuidados enfermeros.

Las 14 necesidades básicas son: 1.-respirar normalmente, 2.-comer y beber adecuadamente, 3.-eliminar por todas las vías de eliminación, 4.-moverse y mantener posturas adecuadas, 5.-dormir y descansar, 6.-usar prendas de vestir adecuadas-vestirse y desvestirse, 7.-mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales, 8.-mantener la higiene corporal y la integridad de la piel, 9.-evitar peligros (físicos y psicológicos) y evitar lesionar a otras personas, 10.-comunicarse con otros para expresar sentimientos, necesidades y opiniones, 11.-vivir según sus creencias y valores, 12.-aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo normal.

Este modelo presenta una perspectiva global para interpretar la realidad (persona, salud, entorno y cuidados) desde enfermería, no establece pautas de actuación, lo que permite adaptar las intervenciones a las necesidades reales de las personas. Podemos decir que es un modelo suficientemente concreto para guiar a las enfermeras en sus actuaciones y suficientemente flexible para permitir que cada persona participe de manera activa en su cuidado. Puede estimular la creatividad tanto de la persona como de la enfermera para encontrar una actuación concreta.

- Con una **taxonomía diagnóstica enfermera NANDA** (North American Nursing Diagnosis Association) se considera que tiene una larga trayectoria y rigor en la

elaboración. Es un importante elemento aglutinador de conocimiento enfermero y aún se están proponiendo nuevos diagnósticos. El diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a procesos vitales/problemas de salud reales o potenciales que proporciona la base de la terapia para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

- **El proceso enfermero** en el proceso de enfermería de atención primaria existe una interacción constante entre las enfermeras y las personas que reciben cuidados. La enfermera ayuda a la persona a identificar la satisfacción de sus necesidades básicas, a establecer sus objetivos de salud y a elegir sus actuaciones para conseguirlo, además de evaluar los resultados.
- Aportamos nuestra “mirada” específica en los EAP
- Tenemos una visión holística e integral de las personas
- Sabemos cuidar

Y qué hacemos las enfermeras con todo esto en atención primaria?

Describiré nuestro trabajo en atención primaria y que dificultades, aportaciones o posibilidades de mejora y cambio podemos entrever.

- Una serie de **técnicas** que se desprenden de nuestro rol de colaboración: ECG, espirometrías, extracciones para análisis, controles de sintrom, administrar medicación IM, SC, EV, test de PPD, de embarazo....

Las técnicas en el futuro pueden incrementarse, creo que deberían realizarse en el mejor entorno –CAP/hospital- y por los profesionales más capacitados.

- **Atención domiciliaria**: que es uno de los programas que desde el inicio se ha desarrollada en atención primaria. Está dirigido a las personas con enfermedad crónica, con deterioro cognitivo, a las que no pueden desplazarse al CAP así como atención en el final de la vida y curas paliativas. En este ámbito las enfermeras han hecho una labor inestimable, me atrevería a decir que lo hemos liderado aunque no hemos sabido rentabilizarlo.

Nos enfrentamos a nuevos retos derivados de otros niveles de atención sanitaria como son los hospitales. En los hospitales se dan las altas con curas cada vez más complejas, con tratamientos que hasta hace muy poco eran exclusivos de los hospitales y genera incertidumbre e inseguridad. Hay que añadir que a pesar de la voluntad de mantener un continuum asistencial no siempre las relaciones hospital/atención primaria son fluidas. Aquí tenemos un reto las enfermeras ya que al tratarse de atención domiciliaria podemos tener un papel “protagonista”. Quiero destacar aquí la labor que están llevando a cabo las enfermeras “d’enllaç”. Su trabajo está ubicado en el hospital y como su nombre indica detectan, coordinan y sirven de enlace para mantener el continuum asistencial.

También las enfermeras de “gestión de casos”, que gestionan los casos más complejos, ya sea por pluri-patología o complejos socialmente, que precisan una intervención con muchos actores (hospitales, primaria, farmacia,...etc.)

Otra oportunidad de futuro está relacionada con las personas que no pueden desplazarse al CAP y que mantienen un estado de salud estable. Las dificultades que suelen tener son a

causa de barreras arquitectónicas como escaleras, calles con pronunciada pendiente, falta de transporte adecuado, falta de una persona que las acompañe,...etc.

En el CAP donde trabajo tuvimos la oportunidad de colaborar con la Fundación La Caixa y la Universidad Autónoma de Barcelona en un programa dirigido a personas mayores sin deterioro cognitivo, que vivieran solas, o aisladas socialmente a causa de barreras arquitectónicas. Era un programa donde estimulaban los cinco sentidos, hacían ejercicio para mantener una buena movilidad y mantenían un nivel de contactos sociales elevado.

Se lo propusimos a 11 personas, todas mujeres y hemos conseguido unos buenos resultados. La mayoría han mejorado su movilidad, están más receptivas, han estado encantadas de participar y un aspecto que señalan como muy importante es el hecho de que las fueran a buscar a la puerta de su casa, que fueran supervisadas y ayudadas a bajar o subir las escaleras. Los resultados definitivos aún no los conocemos pero continúan con las actividades en la Fundación La Caixa.

Considero que se han de explorar ésta y otras oportunidades para mejorar y mantener la salud de las personas mayores.

- **Consulta de enfermería:** damos atención a las personas con patología crónica, curamos, damos soporte en los procesos de duelo, hacemos actividades preventivas, hacemos educación sanitaria y mucho más

Una de nuestras intervenciones más importantes ha sido el seguimiento de personas con enfermedad crónica (diabetes, hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, entre otras). Sabemos que muchas de las personas que han venido o vienen al CAP están muy bien “controladas” pero también sabemos que las hemos hecho muy dependientes del sistema. La oportunidad de futuro es ofrecerles las herramientas necesarias para que ellas mismas puedan ser autónomas y ofrecerles nuestro seguimiento de forma anual o bianual. También hemos de ofrecer estas posibilidades de auto-cuidado a aquellas personas que su contacto con el sistema no es sistemático, a través del CAP o de otras fórmulas.

Por supuesto con el compromiso de atención si surgen episodios de reagudizaciones o de descompensaciones.

El resto de actividades que realizamos en la consulta como curas, tratamientos, educación individual, acompañamiento al duelo o actividades preventivas pueden seguir dentro de la consulta de enfermería o imaginar un nuevo modelo para ofrecer estos cuidados con cambios organizativos en profundidad.

Además de las tareas que os acabo de explicar desde hace unos 2-3 años estamos trabajando por objetivos. Los objetivos no los escogemos nosotras aunque en algunas reuniones podemos opinar y hay un pequeño margen de decisión, pero pequeño. Se define como un instrumento de gestión, incentivar y motivación cuya finalidad es la mejora continuada de la organización. Pretende que cada profesional oriente su actividad a los objetivos estratégicos de la organización y al mismo tiempo desarrolle una cultura organizativa orientada a la mejora de los procesos y resultados.

En este nuevo marco de relación laboral se nos pide a las enfermeras que atendamos a la patología aguda. La empresa considera las siguientes situaciones:

- Anticoncepción de emergencia

- Quemaduras
- Diarrea
- Disuria
- Dolor mecánico lumbar
- Heridas
- Odinofagia
- Odontalgia
- Ojo rojo
- Sintomatología aguda de vías altas respiratorias
- Elevación de la presión arterial
- Lesión dérmica
- Torcedura de tobillo
- Epistaxis
- Ansiedad

Todas estas demandas están protocolizadas, los motivos de exclusión están bien definidos y las actuaciones también.

Las enfermeras ya atendemos y atendíamos algunas de estas demandas como las quemaduras, las heridas, la elevación de la presión arterial y no tenemos problemas en seguir haciéndolo. Los problemas surgen con las demandas de atención a diarreas, dolor mecánico lumbar, odinofagia, odontalgia, disuria, sintomatología de vías altas respiratorias o torcedura de tobillo. La mayoría de enfermeras no hemos recibido la formación específica para ello. No es que no sepamos recomendar medidas dietéticas para la diarrea, el reto está en hacer una buena exploración abdominal y descartar otras patologías. Los equipos de atención primaria pueden escoger todas o algunas de estas patologías, pero nos piden un número elevado de resoluciones sin derivación a medicina.

La forma en que se está aplicando esta nueva tarea no es homogénea. En el EAP donde trabajo hemos llegado a un consenso: seguiremos atendiendo la demanda que ya hacíamos e incorporamos algunas en las que nos sentimos más “seguras”, es decir las heridas, las quemaduras, la anticoncepción de emergencia, la elevación de la presión arterial, la lesión dérmica (se refiere sobre todo a la lesión de los pliegues o de los pañales) y la ansiedad. Por otro parte hemos establecido un calendario de formación para la disuria, la diarrea, la odinofagia, la sintomatología de vías altas respiratorias para implementar cada una de estas demandas. También hemos acordado que a la mínima duda consultaremos a los-as médicos-as.

Es a partir de ahí que empieza a surgir malestar. Las enfermeras nos sentimos inseguras para atender algunas de estas demandas (por falta de formación, por falta de adiestramiento, etc.), sabemos que hay áreas de enfermería que no estamos atendiendo por falta de tiempo, espacio u organización pero, además, estas demandas van relacionadas con objetivos, los objetivos son un complemento importante a la remuneración, por lo que “negarse” a cumplirlos puede ser un problema, no solo a corto plazo –es decir en el año que hay que cumplirlos- sino a largo plazo ya que guardan una relación con la carrera profesional.

Este nuevo aspecto no propuesto por las enfermeras ha generado discusión y no tenemos un acuerdo consensuado.

- **Actividades grupales:** relacionadas con las patologías crónicas para aumentar los conocimientos que tienen las personas afectadas y aumentar su autonomía. Hay evidencia científica de la efectividad de los programas de educación para la salud de forma grupal.

Sabemos que es una buena herramienta para fomentar el auto-cuidado pero deberemos buscar la manera de ofrecerla, en general no estamos obteniendo una buena respuesta.

Tampoco hemos obtenido una buena respuesta en una actividad grupal dirigida a personas que están cuidando personas con alguna enfermedad crónica, dependientes o con deterioro cognitivo.

- **Actividades grupales específicas:**
 1. **Ejercicio físico:** los hábitos adquiridos, como el sedentarismo, necesitan de un estímulo para cambiar y es lo que se fomenta en este grupo.
 2. **Grupos psico-educativos:** dirigidos a personas con ansiedad o depresión para compartir, socializar, acompañar y mejorar habilidades. Destacar que en este grupo participan solo mujeres y compartir es muy importante para ellas.

Esta actividad nos está siendo de gran utilidad y la respuesta es muy elevada. Deberemos explorar otras áreas de actividades grupales que tengan una buena respuesta.

- **Paciente experto:** se está desarrollando y consiste en grupos liderados por pacientes expertos que pueden facilitar pasar de una atención individualizada a una intervención mixta –individual/grupal- Estos pacientes han de ser considerados agentes de salud. Este programa se sitúa en el marco de la progresiva transición de una educación sanitaria unidireccional, muy biologicista y dependiente del profesional sanitario hacia otra que contempla también el discurso social y vivencial.

- **Salut i Escola:** en el cual una enfermera del EAP se desplaza a las distintas escuelas de la zona de influencia del CAP y los-as alumnos-as pueden consultarle sobre temas de salud relacionados con la alimentación, las drogas, el alcohol entre otros. También sirve para detectar otros problemas de salud, tanto físicos como mentales. Se trabaja en colaboración con la propia escuela así como con otros profesionales como el-la psicoterapeuta. En este programa la escuela es quien debe autorizar la presencia de la enfermera, algunas no quieren participar por motivos ideológicos o creencias.

- **Salud comunitaria:** debería ser una de nuestras intervenciones prioritarias pero seguimos sin desarrollarla.

La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) se define como la práctica unificada de la Atención Primaria individual y familiar con la Atención Comunitaria, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo. Para desarrollar esta práctica es necesario que converjan:

1. Un servicio de atención primaria con características de accesibilidad, globalidad, continuidad de la atención, coordinación con otros servicios y responsabilidad sobre la salud de los individuos y de la comunidad.
2. Un interés de los profesionales en ampliar la práctica clínica a la atención de la comunidad.

3. Una focalización de la atención sobre la comunidad en su conjunto, identificando las necesidades de la población, planificando los servicios y evaluando los efectos de la atención prestada.

Para ello necesitamos una comunidad definida, el uso complementario de las habilidades clínicas y epidemiológicas, el trabajo por programas de salud comunitarios y la participación de la comunidad constituyen las bases sobre las que se desarrolla el proceso metodológico de APOC.

La participación de la comunidad en todas las etapas del proceso.

Metodológicamente la APOC consiste en un proceso de planificación que se basa en las necesidades de la población.

Utiliza una metodología con fases bien definidas: examen preliminar de la comunidad, priorizar uno o más problemas de salud, diagnóstico comunitario que nos permitirá intervenir, con la intervención más adecuada –como, cuando y en quien incidimos-, planificación del programa de intervenciones y la ejecución de dicho programa. Deberemos hacer un seguimiento y evaluación para acabar con un re-examen de la nueva situación de salud de la comunidad y de esta manera reiniciar el proceso cíclico.

Para ello necesitamos enfermeras interesadas en el tema, que las hay, deberemos trabajar en la comunidad con entidades o personas con las que posiblemente no tengamos puntos en común, en ocasiones la comunidad será un barrio y éste puede o no coincidir con el área de influencia del CAP, también sabemos que las dinámicas en los barrios pueden no coincidir con nuestros horarios laborales, y tendremos que ser imaginativas para encajarlo todo.

La buena noticia es que tenemos la Xarxa AUPA que apuesta por este tipo de intervención, que da soporte y formación, que ya ha realizado varios encuentros y que hay más de 20 CAPs de toda Catalunya adheridos a la Xarxa.

- **Promoción de la salud:** es el proceso de capacitar a las personas para que aumenten el control sobre su salud y la mejoren. Aquí tenemos una oportunidad de intervención que no deberíamos perder. La promoción de la salud debería ser una actividad muy importante de las enfermeras. Como todas sabemos los problemas de salud más prevalentes están relacionados en gran medida con hábitos de vida (alimentación, actividad física, obesidad,...etc.). Algunos estudios han objetivado que las intervenciones para mejorar hábitos de vida encuentran mejorías transitorias para un corto periodo, pero no se mantienen en el tiempo. Algunas enfermeras del CAP donde trabajo hemos presentado un proyecto de promoción de la salud basado en el modelo de Virginia Henderson que se concreta en unos talleres de salud en los que de manera progresiva aportamos herramientas (conocimientos, habilidades y motivación) para que las personas puedan satisfacer sus necesidades básicas de manera independiente e implicarse en el cuidado de su salud y bienestar.

Este tipo de actividades pueden desarrollarse en el propio CAP o en otro equipamiento.

- **Investigación:** Este aspecto está poco desarrollado; el número de enfermeras que participan en proyectos de investigación o que lideran proyectos de investigación sigue siendo pequeño. Sabemos que sabemos cuidar pero no siempre podemos demostrarlo. Del proyecto que antes mencionaba de promoción de la salud queremos saber su efectividad no solo en términos de calidad de vida relacionada con la salud sino también su estimación en costes y para ello hay que investigar. También tendremos más argumentos para discutir qué aspectos queremos potenciar. El nuevo plan de estudios ayudará.

Algunos problemas y retos a tener en cuenta:

- A pesar de darse por acabada la reforma de la Atención Primaria en algunos equipos aún conviven enfermeras de Atención Primaria con enfermeras no jerarquizadas, es decir aquellas enfermeras que consiguieron plaza hace años y que siguen trabajando 2 h 30' y no están plenamente integradas en el EAP. Esto plantea dificultades de organización.
- El número de enfermeras en algunos EAP es menor al de médicos-as, tanto en población adulta como en pediatría, rompiéndose así la paridad médico-a/enfermera-o.
- La población, en general, sigue sin saber que trabajo realizamos las enfermeras.
- También deberemos situarnos de nuevo con los nuevos planes de estudios, algunas ya nos situamos en los 80 y ahora nos va a tocar hacerlo de nuevo.
- La prescripción enfermera ya está siendo una realidad en Andalucía, y se va a extender al resto del territorio.
- La influencia de los medios de comunicación sobre las personas dificultan nuestra educación para la salud.
- Pla d'Innovació d'Atenció Primària i Salut Comunitaria.
- La creación de la Agencia de Salud Pública

20-10-2009