

M. Gil García

Cuidados domiciliarios
en el anciano*

Enfermera de Atención Primaria.
Centro de Salud «Casto Prieto».

Correspondencia:
Milagros Gil García
Pza. España, 16 - 4º D
37003 Salamanca

* Ponencia presentada en la Mesa Redonda «Enfermería Geriátrica: de la Asistencia Hospitalaria a la Atención Primaria», dentro de la XVI Reunión de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología. Gijón, 9-11 de septiembre de 1993.

RESUMEN

El objetivo de la Atención Domiciliaria en los cuidados de enfermería, es un proceso pensado, organizado y controlado hacia el autocuidado o el mayor nivel de autonomía en el medio habitual del anciano, asegurado por los que le cuidan, es decir, «la familia» como elemento fundamental en la planificación de los cuidados domiciliarios.

PALABRAS CLAVE

Anciano; Familia; Enfermera; Cuidados domiciliarios.

ABSTRACT

The purpose of at-home care in nursing is a process conceived, organized and controlled toward the objective of achieving self-care at the highest level of autonomy by elderly subjects in their usual environment. This is ensured by the subjects caregivers, that is, «the family», as a fundamental element in the planning of at-home care.

KEY WORDS

Elderly; Family; Nurse; At-home care.



Figura 1. Cedita por M. Gil García.

CUIDADOS DEL ANCIANO EN EL DOMICILIO

La visita domiciliaria forma parte de la Cartera de Servicios de Enfermería de cada Centro de Salud, ya que en la actualidad, la Atención Domiciliaria es una actividad soporte de muchos programas: en la puérpera, niño sano, altas hospitalarias, encamados marginados, salud mental, enfermos terminales, ancianos... Estos dos últimos grupos son quizá en los que más claramente se justifica lo esencial de este tipo de atención, teniendo la Atención Domiciliaria como *objetivo general* el contribuir a prestar atención integral al anciano en su medio habitual, para mantenerle en el mismo el máximo tiempo, en las mejores condiciones y con el mayor grado de autonomía posible, o para aceptar su realidad presente mediante mayores habilidades de

adaptación, significando este tipo de prestación sanitaria la continuidad en la atención centro-domicilio-comunidad.

Para establecer un plan de actuación con la persona anciana en su casa, sea cual fuere su condición, y poder adaptar nuestros objetivos a la realidad socio-familiar, enfermería actualmente emplea la siguiente metodología:

1. Colaborar en la captación

Se realiza a través de los siguientes mecanismos:

- Avisos domiciliarios, ya sea de medicina o enfermería.
- Revisión de ancianos que dejan de acudir al Centro.
- Revisión y actualización del fichero epidemiológico.
- A través de las consultas con los diferentes profesionales (T. Social, Enfermería, Medicina, otros).
- Altas hospitalarias.
- CEAS y las redes formales e informales de la Comunidad:
 - Grupos institucionales de Apoyo Social.
 - Clubes de la Tercera Edad.
 - Vecinos y Grupos de voluntarios.

Contando con estos mecanismos previos y otras variantes, surgió este año la elaboración del programa de Atención Domiciliaria, con el propósito de dar homogeneidad de criterios generales de actuación a los diferentes profesionales implicados, siendo conscientes de que los cuidados representan una variedad infinita en sí mismos y en cada situación en particular.

2. Criterios de inclusión

Se podrán incluir en el programa de Atención Domiciliaria al anciano, todas aquellas situaciones en general que supongan un deterioro del nivel de salud o compromiso de vida, estar disminuida su capacidad autónoma funcional y aumentada su dependencia. Su edad puede ayudar a priorizar en igualdad de condiciones.

En el EAP donde trabajo, así como en otros, se ha elegido para ello el EVA (Escala de Valoración de la Autonomía Funcional para el Autocuidado).

18 LAS FASES EN LA ATENCION DOMICILIARIA

a) La valoración del anciano y su entorno

Siendo esta la fase más importante y rigurosa en la recogida de datos de todo el proceso para la realización del Plan de Cuidados en el domicilio, y que viene caracterizada por el *valor* acordado del EVA.

El entorno del anciano lo definiremos como el ambiente donde está inmerso; hablamos de la realidad socio-familiar, utilizando las técnicas de comunicación y observación sobre:

- Característica del hogar, cuyo objetivo no es saber cómo es su domicilio sino cómo utiliza y vive una familia en esa casa.
- Altura del piso, ascensor, acceso, seguridad en el piso, accesibilidad a los servicios sanitarios.
- Núcleo de convivencia con familia o solo, dispersión de los familiares.
- Uso del apoyo social: CEAS, Insero.
- Integración socio-comunitaria, vecinos próximos, amistades...
- Nivel económico y cultural.

La valoración del anciano y su entorno la iniciará el profesional que realiza la captación (concretar a ser posible fecha y hora) y dependiendo de las necesidades detectadas, se completará por el UBA (Unidad Básica de Atención) el resto de datos.

b) El diagnóstico bio-psico-social

Enfermería enuncia los diagnósticos en base a las necesidades detectadas según la pirámide de Maslow en ese momento; sin embargo, hasta que el paciente no sienta o vea la necesidad como algo que existe, para lo cual necesita ayuda, la metodología procesual está limitada, ya que la persona tiene su propia valoración de su salud, unas veces se equivoca y otras acierta, pero no cambiará su actitud porque un sanitario se lo diga; es a través de la Educación para la salud la *herramienta básica* que enfermería utiliza en su quehacer diario para incrementar esa necesaria cultura de salud.

c) La elaboración de objetivos integrales

Contemplan todos los factores del entorno que están incidiendo sobre su situación; estos objetivos deben resultar realistas, operativos y alcanzables a corto y medio plazo, en función del tiempo de que se dispone, teniendo en cuenta las siguientes premisas:



Figura 1. Cedita por M. Gil García.

- 1) Informar a la familia de la situación del paciente y aunque parece la parte más sencilla del plan, de su aceptación, va a depender el logro de nuestro trabajo, con la palabra intentaremos estimular que realicen un trabajo que les viene impuesto, pero que aceptan con resignación humana; además, al ser este cuidado dentro del domicilio y no en el medio hospitalario, les hace sentirse inseguros.
- 2) Que sean pactados con el anciano y/o cuidadores.
- 3) Respetar sin olvidar el derecho que tiene a elegir sobre las diferentes alternativas.

De la asunción de estas premisas se deriva la elaboración del diseño de actividades, así como la distribu-



ción y tipo de las mismas a realizar tanto por el anciano, familia o persona cuidadora, así como los mecanismos de supervisión de las mismas.

En la Atención Domiciliaria al anciano resaltar de forma permanente la actividad de EPS y que según las necesidades detectadas se puede hacer de diferentes formas:

Actuando por él, es decir, realizando la tarea que no puede hacer. Este método se empleará para actividades necesarias que se derivan de actuaciones profesionales u otras, que en ese momento ni él ni nadie más puede realizar (ausencia de cuidadores).

Dirigiendo hacia el modelo más adecuado de realizar la tarea. Informar despacito y meditar sobre cómo lo decimos; el decirselo no implica que lo entienda.

Apoyando física y psicológicamente. Para este hecho se puede animar al anciano (familia/cuidadores) a iniciar y persistir en una tarea y orientarles sobre las decisiones más saludables.

Enseñando a lograr el máximo de su autocuidado dentro de sus posibilidades. Este método es el más utilizado por enfermería, reforzando la autoestima y la importancia del sistema informal de cuidados.

d) La evaluación

Aunque cronológicamente aparente ser la última fase, se asume como un proceso dinámico y constante que sirve de referencia en el diseño del Plan de Cuidados, que deberá evolucionar en función de las variaciones que puede haber en el proceso de Atención Domiciliaria. La Evaluación nos permitirá valorar:

- 1) El grado de adecuación de los objetivos.
- 2) La coherencia de las actividades en relación con los objetivos propuestos.
- 3) La correcta definición y realización de las actividades por la familia.
- 4) La revaloración de la existencia y uso de recursos humanos y materiales en la coordinación interinstitucional.

ALGUNAS DIFICULTADES PARA LA ATENCION DOMICILIARIA

19

Por una parte, el número de visitas domiciliarias realizadas por los EBAP aún es escaso aludiendo el acúmulo de trabajo, la falta de tiempo, recursos, etc.; cierto es que también existen otros problemas, ya que los profesionales nos encontramos preparados para trabajar en el medio hospitalario, en el núcleo protegido del Centro de Salud, y nos encontramos con pocas «herramientas» y sin la formación y experiencia adecuada para desenvolvemos con la comunidad y en su medio. Conocido es de todos cómo una técnica utilizada en el Centro Sanitario adquiere otra tonalidad mucho más emotiva, ya que un grito de dolor no se oye igual en una habitación de hospital que en un dormitorio rodeado de volantes y retratos.

Además en el seno familiar y sobre todo en los ancianos, una vive la miseria ajena casi como propia y esto supone un desgaste de tipo psicológico y en ocasiones la sensación de impotencia ante situaciones «sangrantes».

Cristina Heirle incide en que si no se incentiva al profesional sanitario que realiza la Atención Domiciliaria y no se le dan recursos necesarios para saber enfrentarse al duelo, al dolor, al abandono y a la miseria en el seno familiar, la Atención Domiciliaria es un aspecto de la Atención Primaria que veremos desaparecer pronto, aunque oficialmente siga como una prestación del Sistema Sanitario.

Por último, añadir que aunque la tendencia en Atención Primaria es organizar el trabajo del Centro de Salud en forma de programa, justificando su evaluación global en base a la cobertura sobre población, constituyendo ésta el primer éxito de un programa, no da respuesta a la captura de calidad por cantidad.

La Atención Domiciliaria es un reto que no se puede quedar limitado a la atención de los profesionales socio-sanitarios, ya que la proyección educativa y preventiva quedaría corta; necesita considerar otro tipo de voluntariado como parte importante cada vez mayor de los procesos de solidaridad social y no como mera contribución a cubrir los vacíos de la Administración.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Cohen H. La enfermera y su identidad profesional. Editorial Grijalbo, 1988.
- 2 Antón Nardiz MV. Enfermería y atención primaria de salud. Ediciones Díaz de Santos, 1989.
- 3 Ashton J. La nueva salud pública. Ediciones MASSON.
- 4 Barga JJ. La visita domiciliaria programada. *Revista Tribuna Sanitaria* 1982.
- 5 Enciso Berge I. Papel de enfermería en el nuevo modelo de Atención Sanitaria. Simposium Internacional en A.P. Córdoba, 9 y 10 de octubre de 1992.
- 6 Enciso Berge I. Elementos del entorno que influyen en los cuidados domiciliarios. Trabajo de Campo. E.A.S.P. Granada 1991.
- 7 FADSP. Balance de diez años de política del PSOE en Sanidad. *Revista Salud* 2000 1993; 41.
- 8 Fernández Domenech I, Rodríguez MD, Amezcua M. Plan de atención domiciliaria para Centros de Salud. SAS, 1988.
- 9 Gala A. Si el hombre es hombre es sólo porque es libre; si es libre es sólo porque es responsable de lo que elige. En: *Domingo de El País*, 103.
- 10 Index de Enfermería, La Visita Domiciliaria. Verano 92. Vol. I, nº 2.
- 11 Index comentado de enfermería monográfico de Atención Domiciliaria. Vol. I, nº 1.
- 12 Insalud. Metodología de la Enseñanza de Enfermería.
- 13 Junta de Andalucía. Vida a los años. En: Guía de Atención a la Salud del Anciano. Tomos I y II. SAS Edición, 1992.
- 14 Martorell MA, Aparicio MR. La adaptación en los procesos de salud y envejecimiento. *Revista de Gerontología* 1992; 2 (3).
- 15 Ministerio de Sanidad y Consumo. I Jornadas de Asistencia a Domicilio en el área de Salud. Noviembre 1988.
- 16 Ministerio de Sanidad y Consumo. Organización del grupo de Atención Primaria. Instituto Nacional de la Salud. Madrid 1990.
- 17 OMS. Metas de Salud para todos en el año 2000. 1º.
- 18 Roper N. Modelo de enfermería. Ed. Interamericana, 2ª edición.