

C. Canes Martí

Registros en enfermería geriátrica:  
atención primaria y especializada\*

Secretario Técnico de la Sección de Crónicos.  
Consorci Hospitalari de Catalunya.

**Correspondencia:**  
Carlos Canes Martí  
Consorci Hospitalari de Catalunya  
Rambla de Catalunya, 6 - 2º - 2º B  
08007 Barcelona

\* 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**

La recuperación, readaptación y/o mantenimiento del mayor grado asumible de autonomía y el concebir este tipo de atención en el ámbito multidisciplinar con una metodología interdisciplinar, son unos de los aspectos más importantes en la atención geriátrica. El contexto donde se desarrolle la actividad asistencial es un aspecto relevante en el diseño de unos registros. La sistematización y la definición de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) facilitan el trabajo y se convierten en el eje central de los registros asistenciales.

**PALABRAS CLAVE**

Enfermería geriátrica; Registros.

**ABSTRACT**

*The recuperation, readaptation and/or maintenance of the highest possible degree of autonomy, and the design of this type of attention in a multidisciplinary field using interdisciplinary methods, are some of the most important aspects in geriatric care. The context of caregiving activities is a relevant aspect in registry design. The systematization and definition of a Minimum Basic Data Set facilitates the work and becomes the central axis of care registries.*

**KEY WORDS**

*Geriatric nursing; Registries.*



Esquema 1.



Esquema 2.

### CONSIDERACIONES PREVIAS

En primer lugar quisiera poner de manifiesto unas consideraciones, antes de profundizar en el tema de la ponencia que se me ha encomendado, para justificar el enfoque de la misma.

En la atención geriátrica siempre aparecen, sea cual sea el nivel de intervención, dos grandes líneas de problemática, la Social y la de Salud o Sanitaria, que siguen un proceso asistencial que puede derivar en solución del problema o, en caso contrario, en situaciones de cronicidad. Así pues, en este caso, estaremos hablando de una problemática *socio-sanitaria* (esquema 1).

Esta problemática *socio-sanitaria* precisa de unas acciones para su atención que podemos resumir con las *6 R's socio-sanitarias*:

- Relación de ayuda.
- Relación social.
- Rehabilitación.
- Readaptación.
- «Re-confort».
- Reinserción.

La realización de estas acciones solamente puede llevarse a cabo con la participación de un equipo multidisciplinar.

Es fundamental, además, que este equipo adquiera el hábito del trabajo *interdisciplinar*, ello nos facilita un cambio importante de visión filosófica que fundamentalmente transforma una *atención con animación*, compuesta por unos cuidados, rehabilitación, animación, actividades, etc., que forma un objetivo común al que cada uno de los profesionales aporta sus

conocimientos, técnicas, habilidades, etc., en un *proyecto de vida* consensuado por el equipo y en el que se determinan los objetivos específicos de cada una de las actividades adecuadas a la situación individual de cada persona y con su colaboración tanto en la definición como en el desarrollo de su *proyecto* específico (esquema 2).

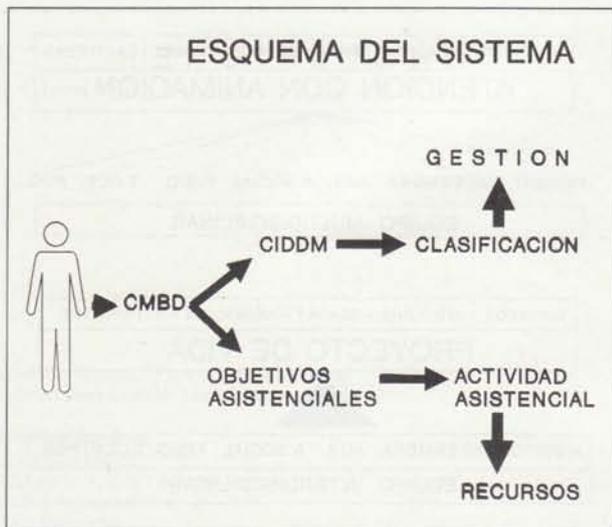
Para identificar el *proyecto de vida* de cada persona, es importante que el equipo disponga de una metodología, unos instrumentos y un tiempo de discusión conjunta que le permitan valorar la situación actual, determinar los objetivos, las estrategias y las responsabilidades de su seguimiento (plan de trabajo) y, finalmente, evaluar los resultados para que se pueda reiniciar el ciclo.

Con todo lo expuesto hasta el momento quisiera remarcar que, al hablar de registros, debemos partir de una concepción multidisciplinar y que faciliten la interdisciplinariedad del equipo. Por tanto, los registros de enfermería deben formar parte de dicha concepción y no podemos contemplarlos aisladamente, pues deberán adecuarse a los instrumentos que se consensuen por el equipo facilitando las valoraciones y evaluaciones del proceso.

### LOS INSTRUMENTOS

Son múltiples y variados los instrumentos que se utilizan para la determinación de la situación de las per-

30



Esquema 3.

sonas y su evaluación, pero quisiera aprovechar la ocasión para remarcar que debe tenerse en cuenta la finalidad para la que se ha diseñado cada uno de los instrumentos y ver si concuerda con la utilización que nosotros pretendemos.

A grandes rasgos es preciso diferenciar dos tipos de instrumentos, los que sirven para la agrupación de casos isodependientes, isocoste, isubicación, isoprograma, etc., de los que están pensados para la planificación de la asistencia directa a la persona.

Revisando múltiple bibliografía relacionada con instrumentos de valoración de las dependencias, hemos considerado como conclusiones principales que el conjunto de datos más importantes para la determinación de las necesidades son los relacionados con las actividades de la vida diaria, la salud mental y física, la integración social y la suficiencia económica, entre otros.

También, en la revisión de la OMS realizada por Gerda Filenbaum, se especifica que el Código Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDM o ICIDH) representa el sistema más importante de clasificación para la descripción de la dependencia especialmente mediante la determinación de las minusvalías.

Por todo ello, desde el Consorcio Hospitalario de Cataluña e IASIST (empresa de sistemas de información del grupo CHC, S.A.) hemos trabajado en la determinación de un Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) en base a poder disponer de los datos que

nos permitan conocer la información básica de la situación de las personas, pudiendo realizar posteriormente el tipo de agrupaciones que más nos convenga según la finalidad que se requiera, ya sea a través del CIDDM (ICIDH) o de cualquier otro instrumento, ya que se dispondrá de las variables principales.

Por otro lado, dicha información puede ser utilizada para la práctica diaria de los equipos asistenciales puesto que, aplicando una recogida metodológica de dicha información se pueden determinar los objetivos asistenciales y evaluar su evolución a través del tiempo, así como los resultados obtenidos. Con ello se consigue que, con una única recogida de datos, disponemos de la información precisa para el equipo y para los gestores y/o planificadores (esquema 3).

La definición de un CMBD es de gran importancia para la unificación de criterios de valoración y evaluación, como sistema de información homogénea y para la informatización.

Finalmente, también quisiera destacar tres condiciones importantes que debemos pretender de los instrumentos que deseamos utilizar para el trabajo asistencial:

1. Deben ser capaces de medir aspectos físicos, psíquicos y socio-relacionales.
2. La descripción de los valores de cada variable debe ser clara, sencilla y no facilitar las subjetividades.
3. Las valoraciones deben poder representarse gráficamente o de forma visual, ya que ello aumenta su efectividad.

## LOS REGISTROS

Así pues, al hablar de registros de enfermería, tenemos que partir de la base de que éstos forman parte de un conjunto más amplio, que se concreta en lo que podemos llamar Historia Asistencial (HA), y que ésta se refiere a la persona y no a los profesionales del equipo, por tanto, no podemos hablar de Historia Clínica o Médica o de Enfermería o de Asistencia Social o de Fisioterapia o..., debemos hablar de *Historia Asistencial o de la persona*.

Por otra parte, en los registros que conforman la HA deben considerarse como mínimo 3 características principales:

- Que sean de fácil acceso tanto para registrar como para recuperar la información.
- Que dispongan de una organización homogénea tanto en su ubicación como en su formato.



Esquema 4.



Esquema 5.

– Que estén sistematizados de manera que exista un lugar para cada cosa, que facilite su utilización, sea una guía y ayuda para los profesionales y evite los documentos y espacios innecesarios.

Partiendo pues de estas premisas, consideramos que dicha HA debe constar de dos bloques:

### Bloque central

Este bloque debe ser planteado como el núcleo motor de la información y, por tanto, es preciso que sea único y accesible para *todo el equipo* que debe poder registrar y extraer información.

Su contenido ha de centrarse en los registros de:

- Situación y evolución de la dependencia.
- Objetivos asistenciales (Proyecto de Vida).
- Estrategias a seguir para la consecución de los objetivos.
- Seguimiento multidisciplinar.

Esta información, que puede concentrarse en 3 o 4 páginas como máximo, debe ser suficiente para que cualquier miembro del equipo disponga, de forma rápida y concisa, de la situación actual de la persona, su evolución, el plan de trabajo establecido y las últimas intervenciones profesionales realizadas. Al mismo tiempo, si se precisa ampliar la información sobre el proceso, organización de los cuidados, actividades, rehabilitación, etc., el *bloque central* se convierte en el índice o llave para recabar dicha ampliación (esquema 4).

### Bloque complementario

Este bloque estará formado por todos los *dosiers* de registros específicos de cada uno de los profesionales que intervienen en la atención donde, utilizando la metodología e instrumentos propios de cada disciplina, se detallarán los pormenores del proceso y de su propia actuación.

Así el médico podrá desarrollar su Historia Clínica. Enfermería la planificación de las actividades del plan de cuidados, los parámetros y constantes, etc., y así sucesivamente el Trabajador Social, el Fisioterapeuta, el Terapeuta Ocupacional, el Psicólogo...

### CONCLUSIONES

Finalmente deseo hacer hincapié en que no he mencionado aspectos específicos o diferenciales entre la atención primaria y la especializada, debido a que el mismo sistema y metodología deberían ser aplicables en ambos campos y sería deseable que, dentro de un área de influencia concreta y entre varias de ellas, se dispusiera de una base de datos homogénea que permitiera intercambiar información, comparar casos y resultados, realizar estudios, etc.

De todo lo expuesto concluyo, a modo de resumen iconografiado, con el siguiente cuadro que quisiera sintetizar diciendo que:

Al referirnos a *registros en enfermería geriátrica* debemos tener en cuenta que es preciso *identificar*

32 *claramente los objetivos de nuestro trabajo sin olvidar que formamos parte de un equipo interdisciplinar que debe trabajar con una metodología e instrumentos consensuados que tienen que formar parte*

*de una historia asistencial que ha de estar compuesta por registros accesibles, organizados y sistematizados que faciliten la previsión de su informatización (esquema 5).*

#### BIBLIOGRAFIA

- 1 Canes C et al.: Multi-indicador de Dependencias para la Planificación y Gestión de Hospitales de Crónicos. III Jornadas sobre Optimización de Servicios Sanitarios. Barcelona, 1988.
- 2 Canes C. L'Equipo Interdisciplinar en l'Atenció Geriàtrica: Unes Reflexions sobre els Objectius, la Metodologia i els Instruments. *Infermeria Geriàtrica i Gerontològica*, 1992; 6: 22-25.
- 3 Canes C. Noves Tendències en els Models Assistencials per a Gent Gran. *Infermeria Geriàtrica i Gerontològica*, 1992; 7: 25-27.
- 4 Canes C. Els Instruments per a la Gestió Assistencial. *Infermeria Geriàtrica i Gerontològica* 1993; 8: 23-29.
- 5 Canes C. Organización Asistencial. *Manual de Enfermería Geriátrica*. Masson-Salvat 1993; 4: 139-157.
- 6 Centre d'Information et Coordinatio pour Personnes Agées (CICPA). Degré d'autonomie des personnes âgées dans les institutions Genevoises. Departement de Prevoyance Sociale et de la Santé Publique. Genève. 1988.
- 7 Elias A, Llistar S, Canes C, et al. Els Registres d'Infermeria en l'Atenció Hospitalària. Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social. 1990.
- 8 Fetter RB. Resource Utilization Groups: Validation an Refirement of a Case Mix System for Long Term Care Reimbursement. *Long Term Care Project Staff*. Yale University, 1986.
- 9 Fillenbaum GG. The wellbeing of the elderly: approaches to multidimensional assessment. OMS, Genève, 1984.
- 10 Hawes Ch, Mor V, Fries BE, et al. The minimum data set: a new nursing home resident assessment instrument. *U.S. Department of Health and Human Services*. SYSTED'91. Barcelona, 1991.
- 11 Hodkinson, et al. Disability and Dependency in elderly people. *Age and Ageing*, 1988; 17: 147-154.
- 12 Katz S, Downs TD, Cash HR, et al. Progress in development of the index of ADL. *The gerontologist*, 1970; 10 (1): 1.
- 13 Kuttzman. Grille d'évaluation en équipe. Service de Gériatrie. Hospital de Strasbourg, 1984.
- 14 Leroux R, Viau M, Fournier R, et al. Visualización de una escala simple de autonomía: Geronte. Hospital de Vierzon. Lyon, 1983.
- 15 OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1986.
- 16 Tilquin Ch. Planificación, Programación, Presupuestación y Control de la utilización de Recursos Sanitarios y Sociales para los ancianos de Quebec. Barcelona: I Jornadas Sobre Optimización en los Servicios Sanitarios, 1986.
- 17 Tilquin Ch, et al. CTMSP'87. La détermination des services requis et la mesure des ressources requises par le bénéficiaire. *EROS*, 1987.