



Cuadernos SEMAM **1**

EL PAPEL DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA CRONICIDAD

Noviembre 2013



EL PAPEL DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA CRONICIDAD

EL PAPEL DE LA ENFERMERA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN LA CRONICIDAD

¿Por qué un documento sobre el papel de la Enfermera Familiar y Comunitaria en la cronicidad?

El nuevo escenario asistencial que dibujan las estrategias del Ministerio de sanidad, servicios sociales e igualdad y de algunas comunidades autónomas, con la propuesta de diferentes acciones para mejorar el abordaje de la cronicidad dentro del sistema nacional de salud, hace que la Sociedad de Enfermería Madrileña de Atención Primaria (SEMAP) se plantee definir el papel de la enfermera familiar y comunitaria (EFyC).

También la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y de Atención Primaria (FAECAP) elabora en mayo 2013 un documento titulado “Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia para la atención a las personas con problemas crónicos. Estrategia ante la dependencia y la fragilidad”. Este documento se puede consultar en: <http://www.faecap.com/publicaciones>

SEMAP, a lo largo de 2013, se plantea tres líneas de trabajo:

- ✓ Revisión y análisis, desde la perspectiva de la disciplina enfermera, de los diferentes modelos de atención y recomendaciones que se proponen para el abordaje de la cronicidad.
- ✓ Conocer las opiniones y expectativas de las enfermeras familiares y comunitarias madrileñas.
- ✓ Elaborar un informe de conclusiones y posicionamiento.

Para ello organiza una jornada de trabajo en la que participan más de 100 enfermeras comunitarias de Madrid con el objetivo de reflexionar sobre qué temas deben liderar las enfermeras, bajo qué marcos teóricos y conceptuales y qué nuevos roles debe desarrollar la EFyC para dar respuesta a los retos que plantean la cronicidad y la dependencia.

¿Por qué es preciso abordar en este momento el tema de la cronicidad? ¿Qué está pasando y qué hay que hacer?

El envejecimiento de la población y la mejora de la atención sanitaria han propiciado a lo largo del siglo XX cambios en los patrones de salud-enfermedad de la población. En la actualidad el patrón epidemiológico de las enfermedades está representado mayoritariamente por **enfermedades no transmisibles**.

En términos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el reto de **Salud para todos en el siglo XXI es hacer frente a la carga mundial de las enfermedades no transmisibles**.

Un aspecto de especial relevancia lo constituye el hecho de que algunas de las enfermedades no transmisibles más destacadas (enfermedades cardiovasculares, diabetes, enfermedades respiratorias crónicas y algunos tipos de cáncer) están relacionadas con determinantes de la salud comunes como son los asociados a los estilos de vida: consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada e inactividad física. Por lo tanto son modificables mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas. Teniendo en cuenta esto el número de muertes prematuras puede reducirse considerablemente.

La OMS identificó a las enfermedades no trasmisibles como objeto de estrategia mundial de salud en su Asamblea del año 2000 y desde entonces distintas resoluciones, informes y convenios **culminan con la definición del Plan de acción mundial frente a las enfermedades no transmisibles 2008-2013**, que ha servido de marco para la definición de las estrategias en distintos lugares del mundo.

El control de las enfermedades no transmisibles de evolución crónica es, por tanto, uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios en todo el mundo, por lo que la atención a las personas que presentan patologías crónicas, constituye hoy en día una prioridad en las agendas de todos los sistemas sanitarios.

Sin embargo la organización de estos sistemas sanitarios todavía obedece más a un modelo curativo que preventivo. En el mejor de los casos, como consecuencia del cambio epidemiológico actual, se han reforzado medidas de Salud Pública (prevención de tabaquismo, obesidad...) pero no se ha realizado una reforma estructural de las organizaciones que dé respuesta a las nuevas necesidades de salud y compense el actual desfase entre lo que supone el cambio epidemiológico y la actividad real de los servicios sanitarios.

En la actualidad existe un amplio consenso en la necesidad de nuevos modelos para gestionar de forma más eficiente estas enfermedades. La atención sociosanitaria de la cronicidad requiere un enfoque centrado en la persona, como paradigma de atención a pacientes y no a enfermedades. Los modelos deben dar el salto del enfoque segmentado por patologías, a la visión holística e integral, teniendo en cuenta la situación social, psicoafectiva, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto familiar y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera. Se requiere, por tanto, **un cambio de paradigma** y en los últimos años se han desarrollado nuevos marcos conceptuales basados en intervenciones que han demostrado mejores resultados en el manejo de los pacientes con enfermedad crónica.

En base a los objetivos de la OMS y a estos modelos teóricos se definen las estrategias de abordaje de la cronicidad en España. Además de iniciativas pioneras en algunas comunidades autónomas como País Vasco, Andalucía o Cataluña, el Sistema Nacional de Salud publica la **Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad** en octubre de 2012.

La estrategia de atención a pacientes con enfermedad crónica de la Comunidad de Madrid, ya elaborada, está pendiente de presentación.

¿En qué consiste el cambio de paradigma?

¿Qué modelos existen?

Uno de los modelos que ha conseguido mayor aceptación y difusión es el “**Modelo de Atención a Crónicos**” (The Chronic Care Model /CCM) desarrollado por Ed Wagner. Es el resultado de diversos esfuerzos para la mejora de la gestión de enfermedades crónicas en sistemas integrados de salud de EE.UU. La aplicación del CCM supone repensar y rediseñar la práctica clínica, principalmente en el ámbito de la Atención Primaria.

En este modelo, la atención a las enfermedades crónicas discurre en tres planos que se superponen: 1) la comunidad con sus políticas y diversos recursos públicos y privados, 2) el sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento y 3) la interacción con el paciente en la práctica clínica.

Este marco identifica seis elementos esenciales que interactúan entre sí y que son clave para el logro de una óptima atención a los pacientes crónicos. Se trata de:

- ✓ La organización del sistema de atención sanitaria (aseguramiento, financiación, contratación, redes de proveedores, esquemas de pago y sistemas de gestión)
- ✓ El estrechamiento de **relaciones con la comunidad** (grupos de autoayuda, recursos comunitarios...)
- ✓ **El diseño del sistema asistencial** (sistema proactivo, equipos multidisciplinares, nuevos roles profesionales, continuidad asistencial...)
- ✓ **El apoyo y soporte al autocuidado**
- ✓ El apoyo en la toma de decisiones clínicas (guías clínicas, especialista consultor...)
- ✓ El desarrollo de sistemas de información clínica (compartir la información clínica, identificar pacientes de alto riesgo...)

El fin último del modelo es que el encuentro clínico lo protagonicen pacientes activos e informados y un equipo de profesionales proactivos con las capacidades y habilidades necesarias, en aras a prestar una atención de alta calidad, más eficiente, con elevado índice de satisfacción y con mejores resultados en salud.

Al revisar esta propuesta aparecen claramente identificadas intervenciones que se encuentran dentro del **marco competencial de las enfermeras comunitarias**. La aportación específica de las enfermeras se encuentra en los elementos clave del modelo:

- ✓ El apoyo y soporte al autocuidado, sustentado en el marco teórico de la Dra. Dorotea Orem, enfermera que ya en 1969 formalizó el concepto de autocuidado en su **“Teoría General del Autocuidado”** y para cuya aplicabilidad, en la actualidad, la enfermera comunitaria desempeña un rol educador y entrenador del autocuidado del paciente y la familia.
- ✓ La continuidad asistencial, con elementos claves para su desarrollo, como es el fortalecimiento de la atención domiciliaria cuyo liderazgo es desarrollado por la enfermera comunitaria, las estrategias para la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales como los informes de cuidados al alta o la existencia de enfermera de enlace hospitalaria, y el desarrollo de nuevos roles profesionales como el de gestor del caso o la enfermera de práctica avanzada, de cuyo desempeño por enfermeras hay múltiples experiencias en España y en otros países.
- ✓ La relación con la comunidad, donde la enfermera comunitaria lidera y coordina proyectos participativos orientados hacia la promoción de la salud junto con los diferentes protagonistas de la comunidad.

Otros modelos para el manejo de los pacientes con enfermedad crónica son los **modelos poblacionales**, cuyo foco es la población en su conjunto y sus necesidades, apostando por intervenciones diferenciadas para cada grupo poblacional. Entre ellos, destaca el **“Modelo de Kaiser permanente”**, que identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente. En interpretaciones posteriores al modelo de Kaiser se ha incluido un cuarto nivel de intervención, el de promoción y prevención, dirigido a toda la población y que se corresponde con la base de la pirámide.

Cuadro 4

Pirámide de Kaiser ampliada



Fuente: Kaiser Permanente. Adaptado

La principal idea que introduce la pirámide de Kaiser es una segmentación o estratificación de la población según su grado de complejidad y donde se destaca lo siguiente en relación con el abordaje que realiza la enfermera familiar y comunitaria en cada escalón de complejidad:

- ✓ La población general (base de la pirámide) es objeto de intervenciones de prevención y promoción que tratan de controlar los factores de riesgo asociados a los estilos de vida y que pueden condicionar la aparición o agravamiento de la enfermedad crónica. La EFyC lidera intervenciones de **educación para la salud** tanto individual como grupal y promueve una vida saludable a lo largo de todo el ciclo vital.
- ✓ Los pacientes con enfermedad crónica de complejidad menor (una única enfermedad crónica o estadios incipientes de ésta), que constituyen alrededor del 80%, requieren intervenciones de **educación, acompañamiento y apoyo en el autocuidado** por la EFyC, con el fin de generar niveles adecuados de autocuidado y compromiso con el cuidado de la salud que contribuyan a enlentecer la progresión de la enfermedad. Además, las estrategias de educación hacia el autocuidado lideradas por iguales (escuelas de pacientes, programas del paciente experto...) contribuyen también al fomento del autocuidado en este estadio.
- ✓ Los pacientes de alto riesgo pero de complejidad media constituyen aproximadamente un 15% del total de pacientes con enfermedad crónica. Estos requieren una “gestión de la enfermedad” que combina autocuidado y cuidados profesionales. En estos pacientes es clave la **capacitación para el autocuidado y el grado de compromiso en el cuidado de su salud** que permita al paciente avanzar en la autonomía y la toma de decisiones sobre su salud.
- ✓ Los pacientes de mayor complejidad, con frecuente comorbilidad y nivel de dependencia, que pueden llegar hasta un 5% de los pacientes con enfermedad crónica, requieren una “**Gestión integral del caso**”, a través de cuidados profesionales avanzados. Dar respuesta a necesidades complejas de cuidados implica orientar los esfuerzos hacia la continuidad asistencial, el trabajo multidisciplinar y la gestión de recursos y cuidados en estrecha relación con el paciente y sus cuidadores.

Un **análisis crítico de estos modelos** nos debe llevar, sin embargo, a ser cautos a la hora de adoptarlos y, sobre todo, a la necesidad de evaluarlos para medir realmente su impacto en la mejora del abordaje de la cronicidad:

- ✓ Por ejemplo, una crítica al modelo de estratificación es que la clasificación en uno u otro estrato obedece a criterios clínicos de enfermedad y de coste pero **sin tener en cuenta la complejidad de los cuidados** asociados a la situación del paciente. Personas en niveles medios de complejidad pueden presentar demandas muy altas de cuidados.

- ✓ También hay voces que cuestionan el programa del “paciente experto” ya que es discutible si consigue llegar a quien realmente lo necesita. Es un ejemplo de iniciativa novedosa pero con menor alcance que las de fomento del autocuidado a todos los individuos, incluso a aquellos que nunca llegarán a ser expertos ni consultarán las webs de las escuelas de pacientes.

Por tanto, si una de las líneas para la mejora del abordaje de la cronicidad se basa en que los pacientes desarrollen herramientas de autogestión de su enfermedad y aumenten su nivel de autocuidado, es imprescindible la personalización de la atención y el liderazgo de las enfermeras familiares y comunitarias.



JORNADA SEMAP 20 de JUNIO 2013

JORNADA SEMAM 20 de JUNIO 2013

“La enfermera familiar y comunitaria ante el reto de la cronicidad. Disposición para mejorar el autocuidado”



SEMAM organizó el 20 de junio de 2013 una jornada de trabajo para debatir el papel de las enfermeras comunitarias en el abordaje de la cronicidad.

El objetivo que se plantea es reflexionar sobre el papel que se nos asigna a las enfermeras comunitarias en las estrategias de cronicidad, si es el que las enfermeras queremos desempeñar y qué requisitos son necesarios para poder llevarlo a cabo.

Para ello la jornada se organiza con dos mesas temáticas iniciales donde se exponen distintos aspectos de lo que hay que conocer sobre las estrategias de cronicidad y lo que hay que hacer para mejorar la atención al paciente crónico, mezclando elementos estratégicos con fundamentos teóricos de algunas propuestas y experiencias de otras comunidades. Posteriormente se organizan 4 grupos de trabajo de debate.

Mesa 1ª: *¿Qué hay que conocer?*

Lara Edurne González Castellanos, vocal de participación comunitaria de SEMAM introdujo la primera mesa con un análisis de la situación actual y un recorrido por el desarrollo de los últimos 20 años de la enfermera de Atención Primaria; los logros, los errores, las dificultades y los retos futuros. En el momento actual con la primera promoción de especialistas en EFyC pero sin reconocimiento del puesto de trabajo, ni del título de especialista en EFyC para los profesionales que han configurado el desarrollo de la Atención Primaria (AP) durante más de 20 años ¿Se podrán poner en marcha las estrategias de mejora del abordaje de la cronicidad? ¿Se podrá garantizar un nivel de calidad de los cuidados cuando se descapitaliza continuamente el conocimiento de la Enfermería en Atención Primaria? ¿Se podrá dar respuesta a las necesidades de cuidados de la población envejecida y dependiente con las actuales plantillas de enfermeras en AP? El ratio de enfermera en AP por cada 100.000 habitantes en la Comunidad de Madrid es de 63,8. Se sitúa en el 2º peor puesto de España. A su vez, tenemos un ratio enfermera/médico por debajo de la media nacional. “La baja dotación de Enfermería respecto a Medicina constituye un desequilibrio estructural endémico.”

Carmen Ferrer Arnedo, enfermera y coordinadora científica de la estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud habló de los elementos clave de

la estrategia y sobre todo del papel asignado a la Enfermera FyC. Ferrer destacó el papel de las enfermeras como educadoras/entrenadoras en capacitación para el autocuidado y su liderazgo en la atención domiciliaria como estrategia necesaria de continuidad asistencial. Explicó también lo específico que aporta la enfermera al abordaje del paciente crónico: la visión holística, las estrategias del cuidado, la relación de ayuda y la supervisión. Y todo con el fin de hacer a los pacientes líderes de su proceso de salud-enfermedad.

Ana Miquel Gómez, Gerente Adjunto de Planificación y Calidad y coordinadora de la Estrategia de Atención a la cronicidad de Madrid, expuso el proceso de elaboración de esta estrategia. Miquel no se extendió en explicar el modelo pues en el momento de las Jornadas no se había presentado oficialmente, pero sí describió su relación con el documento del “Papel de la Enfermería en Atención Primaria” publicado en el año 2009 y garantizó el papel clave que han de desempeñar las enfermeras en esta estrategia.

Mesa 2ª: *¿Qué hay que hacer?*

Carmen Solano Villarrubia, presidenta de SEMAP, haciendo un guiño a los lenguajes enfermeros tituló su ponencia “Disposición para mejorar el autocuidado”. El apoyo y soporte al autocuidado debe ser una de las líneas estratégicas del abordaje de la cronicidad, pero ¿Qué significa exactamente el autocuidado? ¿Cuáles son las claves para que una persona adquiera un buen nivel de autocuidado? ¿Cómo se fomenta? Para resolver estas cuestiones recurrió a la teoría del autocuidado de D. Orem quien explica el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia. Para acercarse a su comprensión hizo una exposición de algunas de las premisas que Orem explica sobre el autocuidado, el déficit del autocuidado y la intervención profesional de la enfermera, y todo ello tanto en la promoción de salud como en la relación de ayuda a la persona con enfermedad crónica.

Paloma Amil Bujan, referente territorial del Programa “Paciente Experto Catalunya” expuso éste como una estrategia para contribuir a cambiar el rol del paciente, de un rol pasivo a un rol más autónomo y comprometido con el cuidado de su salud. Este programa, que persigue el empoderamiento en salud, cambia también la relación entre los profesionales y los pacientes pasando de un modelo paternalista, en el que el profesional es el experto, a un modelo colaborativo en el que el profesional es un facilitador del aprendizaje y la toma de decisiones. El fin último de esta estrategia es tener pacientes con un buen nivel de autocuidado y con participación activa en las decisiones sobre su salud.

Juana Mateos Rodilla, Directora Técnica Enfermera de Procesos y Calidad de Madrid, hizo una exposición sobre el modelo de gestión de casos para la atención a pacientes complejos, vulnerables y con muchas necesidades de cuidados. Mateos presentó este

modelo como una respuesta innovadora a la mejora de la continuidad asistencial, que requiere de competencias avanzadas y concluyó presentando a la enfermera como el profesional idóneo para desempeñar el rol de gestor de casos.

M^a Carmen Saucedo Figueredo, enfermera gestora de casos del distrito de Málaga hizo una exposición del modelo andaluz de gestión de casos y explicó cómo ha ido evolucionando desde que se define en el año 2002 la enfermera de enlace en Atención Primaria. Destacó como valor añadido “hacer que el camino del paciente/cuidadora por el sistema sanitario sea lo más fácil y lo menos traumático posible”. Para ello, entre otras actividades, gestionan el acto único para consultas y procedimientos, los recursos materiales, la coordinación entre niveles asistenciales y con los recursos sociosanitarios, etc. y desarrollan una práctica avanzada de cuidados.

Trabajo en grupo: *¿Cómo lo queremos hacer?*

Con esta pregunta, y tras las dos mesas temáticas, comenzó el debate en 4 grupos de trabajo, a los que los asistentes se habían inscrito previamente:

-  Estrategias para el empoderamiento de los pacientes
-  Gestión de la complejidad de los cuidados. Gestión de casos
-  Atención domiciliaria
-  Promoción del autocuidado en la práctica habitual

Los grupos de trabajo fueron dinamizados por miembros del comité organizador de la jornada y las conclusiones alcanzadas por los grupos se exponen a continuación.

Grupo “Estrategias para el empoderamiento de los pacientes”

Objetivo general:

Reflexionar sobre la actitud y aptitud de la enfermera comunitaria ante el empoderamiento del paciente crónico, en el contexto actual y futuro de la Atención Primaria.

Elementos de debate y conclusiones del grupo:

Se parte de lo que hacemos las enfermeras en la práctica asistencial con el paciente con enfermedad crónica para reflexionar sobre cómo esto contribuye a empoderarle:

- ✓ Educación para la salud (EpS)
- ✓ Reforzar y motivar al paciente
- ✓ Buscar el consenso enfermera-paciente, pactar objetivos
- ✓ Involucrar al paciente en su autocuidado
- ✓ Instruir y delegar acciones sencillas de cuidado

- ✓ Establecer una relación terapéutica con empatía, confianza y accesibilidad
- ✓ Registrar hábitos de vida del paciente para ayudar en la toma de decisiones
- ✓ Analizar el entorno del paciente, sus fortalezas y sus recursos

Hay acuerdo en que cada día se hacen más intervenciones alejadas del modelo paternalista, sin embargo se identifican **elementos que dificultan** las estrategias para empoderar:

- ✓ Baja formación académica sobre cómo fortalecer al paciente en el manejo de su salud
- ✓ Baja formación profesional en entrevista motivacional y escucha activa
- ✓ Desconocimiento profesional sobre metodología eficaz para el empoderamiento
- ✓ Actitud del paciente poco comprometida con su propia salud
- ✓ Dar insuficiente valor a las creencias y los valores del paciente, imprescindibles para empoderar
- ✓ Dedicación de tiempo a tareas que no son propias de enfermería
- ✓ Organización del trabajo enfermero bajo un modelo médico

Sobre si estamos en condiciones de poder empoderar a los pacientes hay acuerdo en que “sí podemos” y se matizan algunos aspectos:

- ✓ El empoderamiento debe ser un enfoque multidisciplinar, no es solo de los profesionales de enfermería
- ✓ Faltan herramientas para valorar cuándo un paciente está empoderado
- ✓ Estar empoderado no significa lo mismo para todos los pacientes
- ✓ Cuando el paciente está empoderado es más autónomo, realiza su autocuidado y toma decisiones responsablemente; y este es nuestro objetivo profesional

Grupo “Promoción del autocuidado en la práctica habitual”

Objetivo general:

Identificar las estrategias necesarias para que las enfermeras de la Comunidad de Madrid contribuyan a que el paciente con enfermedad crónica acepte e integre en su vida de forma satisfactoria el plan de cuidados que precise.

Objetivos específicos:

- ✓ Debatar las claves del autocuidado y lo que se precisa (enfermeras y pacientes) para fomentarlo adecuadamente
- ✓ Definir estrategias que contribuyan a responsabilizar al paciente de su proceso
- ✓ Consensuar medidas para promover la capacitación de las personas

Elementos de debate y conclusiones del grupo:

Se identifican los elementos facilitadores y dificultadores para pasar de un modelo paternalista a un modelo colaborativo que contribuya a generar mayores niveles de autocuidado.

La enfermera presenta en su práctica asistencial **elementos que facilitan** la promoción del autocuidado, como son:

- ✓ Personalización de la atención, cada paciente tiene una enfermera de referencia
- ✓ El acompañamiento del paciente a lo largo del proceso de enfermedad crónica
- ✓ La visión holística de la persona, independientemente de la enfermedad que padece
- ✓ Las habilidades de comunicación y escucha activa
- ✓ La atención individualizada, aprovechando los recursos propios de cada paciente
- ✓ El respeto al principio de autonomía del paciente
- ✓ El enfoque de la atención no solo individual sino grupal y comunitaria

Sin embargo también se identificaron **elementos que dificultan** el fomento del autocuidado, como son:

- ✓ Falta de formación en el modelo de D. Orem (requisitos y estrategias para el autocuidado) y en las claves de la relación de ayuda
- ✓ La institución no da valor a la experiencia en el ámbito comunitario (rotación de profesionales entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria sin exigencia de conocimientos previos)
- ✓ La resistencia al cambio. Rutinas tanto en profesionales como en pacientes
- ✓ Contexto social y cultural actual (exigencia de soluciones inmediatas, pacientes que buscan en la atención sanitaria soluciones a problemas vitales, falta de implicación en la propia salud....)
- ✓ Falta de conocimiento de las competencias de las enfermeras por la organización, por los pacientes, por los médicos y otros profesionales sanitarios
- ✓ Falta de reconocimiento de actividades que lideran las enfermeras (EpS grupal, actividades comunitarias) y que no son de atención directa en consulta
- ✓ Historia clínica informatizada poco adaptada a la metodología del trabajo enfermero
- ✓ Los indicadores con los que se mide a las enfermeras no reflejan las intervenciones en el fomento del autocuidado
- ✓ Faltan herramientas para identificar los niveles de autocuidado. ¿Qué ítems tienen que cumplir los pacientes para estar en un determinado nivel de autocuidado?
- ✓ La organización de los servicios enfermeros, a menudo copiada del modelo de otros profesionales, no es adecuada para el trabajo enfermero (p.e.: agendas)
- ✓ A menudo los profesionales esperan a que la empresa les forme, sin asumir la responsabilidad individual de la formación profesional

- ✓ La organización sanitaria no valora la calidad de los cuidados

¿Qué **medidas o estrategias** son necesarias para avanzar en el fomento del autocuidado de los pacientes crónicos?

- ✓ Que la organización reconozca de forma explícita que el fomento del autocuidado es responsabilidad de las enfermeras
- ✓ Visibilizar el trabajo de la enfermera ante la población
- ✓ Cambiar el enfoque de la atención enfermera, centrándola en lo que necesita el paciente y no en lo que estamos dispuestos a ofrecerle
- ✓ Darle mayor protagonismo al paciente, que sea el líder de su proceso
- ✓ Establecer una buena relación terapéutica con los pacientes
- ✓ Capacitar al paciente para la toma de decisiones
- ✓ Evitar centrar el seguimiento del paciente en el control de signos y síntomas
- ✓ Realizar el acompañamiento para actuar cuando haya descompensaciones entre necesidades y capacidades de autocuidado
- ✓ Incorporar pacientes con buen nivel de autocuidado como pacientes expertos en los grupos de EpS
- ✓ Fomentar la constitución de grupos de autoayuda
- ✓ Conocer y contar con los recursos comunitarios

Grupo “Atención domiciliaria”

Objetivo general:

Elaborar una propuesta de mejora de la atención domiciliaria (AD) prestada por la enfermera comunitaria, con abordaje integral y que dé respuesta a las necesidades actuales y cambiantes de la población.

Objetivos específicos:

- ✓ Analizar la situación actual e identificar las áreas de mejora
- ✓ Definir la atención domiciliaria/cuidados domiciliarios. Misión del proceso
- ✓ Identificar a la población susceptible de recibir atención domiciliaria y proponer acciones de mejora en la captación de dicha población
- ✓ Elaborar propuestas de mejora de las guías y protocolos actuales de atención domiciliaria, así como propuestas de indicadores de evaluación que permitan conocer el seguimiento y los resultados de los planes de cuidados de los pacientes incluidos en el servicio

Elementos de debate y conclusiones del grupo:

Definición de Atención Domiciliaria: Atención integrada e integral con orientación sociosanitaria en la que se valora al paciente y a la familia en su entorno, bien sea el domicilio del paciente y/o familia o residencia temporal o permanente, para proporcionarle apoyo en las situaciones de vulnerabilidad, transición vital y/o déficit de

autocuidado. Es continua a lo largo de todo el ciclo vital pudiendo ser puntual en algunas situaciones.

La atención domiciliaria en el paciente con enfermedad crónica se dirige fundamentalmente hacia:

- ✓ Personas inmovilizadas y/o con enfermedad en fase avanzada y final de la vida
- ✓ Pacientes con alta hospitalaria reciente y con dificultad para desplazarse
- ✓ Personas con problemática psicosocial

Para poder llevar a cabo una atención domiciliaria de calidad es preciso mejorar sobre tres aspectos prioritarios:

- ✓ Definición de responsabilidades profesionales siendo la enfermera de atención primaria sobre la que se centra la AD y la coordinación de servicios
- ✓ Rediseño de protocolos actuales de AD
- ✓ Coordinación Atención Primaria /Atención Hospitalaria

Acciones de mejora:

1. La continuidad de cuidados integrada e integral requiere:
 - Definir planes de cuidados estandarizados y procesos integrados entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria
 - Crear la figura de enfermera de enlace en el hospital para que sea interlocutora y coordinadora con Atención Primaria
 - Sistemas de información que permitan compartir la información
 - Informes de cuidados de enfermería al alta
 - Preparar el alta hospitalaria de los pacientes complejos y vulnerables
 - Elaborar circuitos de comunicación de las altas hospitalarias
2. Acciones organizativas para promover la atención domiciliaria:
 - Incorporar la medición de AD a los indicadores de actividad asistencial por enfermera
 - Facilitar la actitud proactiva de los profesionales para captar pacientes susceptibles de AD: revisión de listados de pacientes vulnerables, etc.
 - Mejorar la coordinación y colaboración entre profesionales de los EAP y los ESAPD para aumentar la presencia y acompañamiento al paciente con necesidades paliativas y a su familia
 - Reorganizar los cupos asistenciales de las enfermeras utilizando criterios de ponderación de la carga de cuidados
 - Formar a los profesionales en gestión de casos
 - Reconocer la atención domiciliaria en el sistema de incentivación de las enfermeras de Atención Primaria
 - Promocionar el servicio de atención domiciliaria: difusión a la población, servicios sociales, hospitalización, etc.

3. Propuestas de mejora de las guías y protocolos actuales de atención domiciliaria:
 - Protocolo de inmovilizados de AP-Madrid: Incluir todos los patrones de M. Gordon para valoración, mejorar cuestionarios, incluir campos abiertos...
 - Utilización de los planes de cuidados estandarizados
 - Revisión del servicio de atención domiciliaria de la cartera de servicios: criterios de inclusión y criterios de buena atención (CBA) que evalúen de una forma más eficaz el servicio y la atención a los pacientes en sus domicilios
 - Reconocer definitivamente la firma de la enfermera en los informes de la dependencia
 - Mejorar el informe para tramitar la ley de dependencia, incorporando nuevos datos sobre las necesidades del paciente
4. Atención al cuidador principal y sus necesidades:
 - Acercar los recursos de la comunidad a las familias
 - Elaborar guías de recursos comunitarios
 - Mejorar la coordinación entre los servicios sociales comunitarios y/o municipales y los centros de Atención Primaria
 - Acercar los programas de apoyo al cuidador (respiro...)
 - Crear grupos de apoyo y formación a cuidadores

Grupo “Gestión de la complejidad de los cuidados. Gestión de casos”

Objetivo principal:

Identificar el modelo de gestión de casos a desarrollar en Atención Primaria de la Comunidad de Madrid

Objetivos específicos:

- ✓ Reflexionar sobre los modelos de gestión de casos
- ✓ Identificar las fortalezas y debilidades que presenta la actual organización en la implementación de la gestión de la complejidad por la enfermera de Atención Primaria

Elementos de debate y conclusiones del grupo:

¿Qué es la gestión de casos?

- ✓ Garantizar la atención integral mediante la continuidad de cuidados relacionados con las necesidades individuales del paciente sin olvidar el enfoque bio-psico-social

- ✓ Coordinar los recursos necesarios para proporcionar los cuidados adecuados a los pacientes y cuidadores con múltiples necesidades y proporcionarles conocimientos y habilidades respetando el principio de autonomía
- ✓ Valorar de forma integral al paciente, incluyendo entorno y familia

¿Qué capacitación profesional debe tener el gestor de casos?

- ✓ Conocimientos sobre los problemas de salud más prevalentes
- ✓ Conocimientos y habilidades para la valoración integral del paciente y su entorno
- ✓ Conocimientos sobre el método científico y la definición de un plan de cuidados al paciente y la familia
- ✓ Conocimientos y habilidades para entrenar al paciente y a la familia para el autocuidado
- ✓ Conocimientos sobre herramientas de evaluación y seguimiento continuo
- ✓ Habilidades para la coordinación inter-niveles asistenciales
- ✓ Habilidades de comunicación, asertividad, autocontrol
- ✓ Capacidad de trabajo en equipo y de organización
- ✓ Habilidad para gestionar situaciones difíciles y conflictivas
- ✓ Manejo de la claudicación familiar
- ✓ Apoyo para la toma de decisiones del paciente y su familia
- ✓ Conocimientos y habilidades de búsqueda de recursos asistenciales y sociosanitarios
- ✓ Conocimientos sobre legislación y normativa

¿Qué profesional debería ejercer de gestor de casos según perfil académico?

- ✓ La enfermera familiar y comunitaria, como la más capacitada para valorar integralmente a los pacientes y su familia y gestionar las necesidades de cuidados

¿Qué medios y herramientas necesita la EFyC para poder llevar a cabo la gestión de casos desde Atención Primaria?

- ✓ Apoyo institucional con autoridad para gestionar recursos
- ✓ Reconocimiento por parte del equipo multidisciplinar
- ✓ Consulta equipada (teléfono, ordenador, internet, etc.)
- ✓ Red formal de contactos
- ✓ Formación continuada y específica
- ✓ Acceso a recursos materiales, económicos y comunitarios
- ✓ Herramientas de evaluación
- ✓ Instrumentos para la investigación y protocolos de actuación

Se debate sobre el modelo de gestión de casos y se concluye que:

- ✓ La gestión de casos debe ser competencia de la enfermera familiar y comunitaria

- ✓ En relación a la cuestión de si cada enfermera FyC debe ser “la gestora del caso” de sus pacientes asignados o si debe haber una figura específica “gestora de casos” de referencia para una o varias zonas básicas de salud, **no hay consenso**
- ✓ Se duda de que la organización otorgue a todas las enfermeras FyC la autoridad necesaria para gestionar recursos, requisito fundamental para gestionar el caso
- ✓ El grupo opina que, en estas circunstancias, el modelo en Atención Primaria debe definir un número de enfermeras gestoras de casos para atender a un determinado grupo de pacientes en función de sus necesidades y carga de cuidados

POSICIONAMIENTO de SEMAP

POSICIONAMIENTO de SEMAP

¿Qué aporta de forma específica la Enfermera Familiar y Comunitaria en el abordaje de la cronicidad?

¿Qué tienen que liderar las enfermeras?

Con todos los elementos presentes, el marco en el que se sustentan las estrategias para el abordaje de la cronicidad, la trayectoria de las enfermeras comunitarias a lo largo de los años del desarrollo del modelo de Atención Primaria en España (tanto en el cuidado al paciente con enfermedad crónica como en las actividades de prevención y promoción de salud) y las competencias de la enfermera especialista familiar y comunitaria reconocidas en la Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, podemos afirmar que **toda estrategia de mejora de la atención a las personas con enfermedad crónica necesita contar con la participación activa y el liderazgo de la enfermera familiar y comunitaria.**

Concretamente, la enfermera familiar y comunitaria en este contexto debe ejercer el liderazgo en:

- 1.- La prevención y la promoción de salud
- 2.- La capacitación para el autocuidado
- 3.- La atención en el domicilio de los pacientes vulnerables
- 4.- El desarrollo de nuevos roles profesionales

1.- Liderar la prevención y la promoción de salud

El **Plan de acción mundial frente a las enfermedades no transmisibles 2008-2013** describe seis objetivos y el tercero de ellos dice:

“Fomentar intervenciones para reducir los principales factores de riesgo comunes modificables de las enfermedades no transmisibles: consumo de tabaco, dieta malsana, inactividad física y uso nocivo del alcohol”.



La estrategia del Sistema Nacional de Salud dice en sus principios rectores:

- ✓ El abordaje de la cronicidad ha de tener un enfoque de salud poblacional, abordando un amplio rango de determinantes sociales de la salud

- ✓ Ha de considerar la perspectiva del ciclo de vida y de los determinantes sociales de la salud y todas las condiciones de salud y limitaciones en la actividad de carácter crónico

Y los modelos de cronicidad hablan de la necesidad de desarrollar estrategias poblacionales que controlen los determinantes de la salud asociados a los estilos de vida. La estrategia de promoción de salud está suficientemente justificada desde los distintos ámbitos y organismos.

Además el concepto de promoción de salud está estrechamente ligado al de autocuidado como se puede apreciar si profundizamos en ambos conceptos y, por tanto, estará también ligado a la práctica enfermera.

La **promoción de la salud** es un concepto que nace con la Declaración de Ottawa de 1986, promovida por la OMS y se define como “la capacitación de la población para aumentar el control sobre su propia salud y mejorarla”. La promoción de la salud abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a fortalecer las habilidades y capacidades de los individuos, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, con el fin de mitigar su impacto en la salud pública e individual. La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar su control sobre los determinantes de la salud y, en consecuencia, mejorarla. La participación es esencial para sostener la acción en materia de promoción de la salud.

Una de las herramientas utilizadas para los objetivos de promoción de salud es la **educación para la salud**, que comprende las oportunidades de aprendizaje destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria y que incluye la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad. Es decir, la educación para la salud definida por la OMS, aborda además de la transmisión de la información, el fomento de la motivación, las habilidades personales y la autoestima, necesarias para adoptar medidas destinadas a mejorar la salud. Estas acciones educativas están orientadas a fomentar el compromiso de las personas en el cuidado de su salud, capacitándolas y empoderándose, de tal forma que desarrollen la capacidad de autocuidado que les permita disminuir la relación de dependencia con instituciones y profesionales sanitarios.

La **prevención de la enfermedad** abarca las medidas destinadas, no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad tales como la reducción de los factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Es importante **diferenciar los conceptos de promoción y prevención**. Esta diferencia es la que guía las opciones que cada persona asume frente al cuidado, de ahí su importancia. En primer lugar, ambos persiguen como meta la salud, pero la prevención lo hace situando la mirada en la enfermedad, o sea, su objetivo es la ausencia de enfermedad. En contraposición, la promoción hace énfasis en el nivel de salud, su objetivo es la mejora del nivel de salud, entendiendo la salud como un camino de vida.

Conviene tener presente el importante papel que ocupa la prevención y la promoción de salud para tratar de controlar los factores de riesgo asociados a los estilos de vida y que pueden condicionar la aparición o agravamiento de la enfermedad crónica. Nos encontramos, según el modelo de Kaiser, en la base de la pirámide, que incluye tanto a la población sana como al estrato de población crónica de más bajo nivel de complejidad.

Y en este contexto las enfermeras poseen la competencia para desarrollar actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud respecto a la enfermedad crónica, a través de intervenciones de educación para la salud tanto individuales como colectivas que, a su vez, buscan la capacitación para el autocuidado, porque **promover la salud es promover el autocuidado** y viceversa.

2.- Liderar la capacitación para el autocuidado

La persona con una enfermedad crónica necesita aceptarla, conocerla e integrar en su vida las diferentes prescripciones tanto farmacológicas como de cuidados cotidianos, lo que constituye el régimen terapéutico frente a la enfermedad. Para reducir el impacto de la enfermedad en la calidad de vida disminuyendo en lo posible las complicaciones asociadas a la enfermedad crónica, el paciente tiene que manejar adecuadamente todo el régimen terapéutico, lo que implica adoptar conductas saludables, manejar la medicación, detectar y controlar los signos y síntomas, etc. Son muchas las decisiones y mecanismos de autocontrol que tiene que poner en marcha el paciente con una enfermedad crónica, esto hace que sea un proceso complejo y que sea difícil mantenerlo a lo largo de toda la vida.



En las distintas estrategias y modelos para afrontar el fenómeno de la cronicidad aparece como uno de los elementos claves para lograr una óptima atención, el cambio en el rol del paciente. Este debe abandonar el rol clásico de pasividad para adoptar un rol activo con un buen nivel de autocuidado y autogestión de su proceso de salud-enfermedad, participando en la toma de decisiones y comprometiéndose con su salud.

Por ello, el apoyo y soporte al autocuidado aparece como una de las líneas estratégicas en todos los planes de abordaje a la cronicidad y **la enfermera es el profesional que tiene en su enfoque disciplinar el autocuidado**, la atención holística de la persona, la comprensión de la vivencia de la enfermedad y de la situación de dependencia, así como el abordaje de las respuestas humanas que emergen de estas situaciones, independientemente del proceso patológico de que se trate. La enfermera familiar y comunitaria, desempeñando el **rol educador/entrenador del autocuidado**, realiza el acompañamiento del paciente desde el inicio de la enfermedad, estableciendo una relación de confianza que permite generar conductas de autocuidado saludable en situaciones de desviación de salud.

D. Orem explica el autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: *"El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar"*.

La identificación del autocuidado como una conducta refleja la esencia del concepto: es un comportamiento que existe en situaciones reales. Y puesto que es un acto voluntario está mediado por muchos factores individuales íntimamente ligados a la cotidianidad y a las experiencias vividas de las personas.

Un elemento necesario para fomentar conductas de autocuidado es la personalización de la atención, máxime cuando se trata de enfermedades crónicas y situaciones de dependencia. Esto queda garantizado por la EFyC, que acompaña a la persona a lo largo de todo su proceso de salud, tal y como se especifica en el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio): *"la misión de la enfermera familiar y comunitaria es la participación profesional en el cuidado compartido de la salud de las personas, las familias y las comunidades, en el «continuum» de su ciclo vital y en los diferentes aspectos de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, recuperación y rehabilitación, en su entorno y contexto socio-cultural"*.

Una vez más el **análisis crítico** de algunas iniciativas puestas en marcha en la actualidad nos debe llevar a reflexionar sobre la pertinencia de algunas de ellas que no contemplan la esencia del autocuidado. Las webs de pacientes o los programas de paciente experto o paciente activo, pueden ser un excelente complemento a la labor educativa/entrenadora habitual de la EFyC con los pacientes con enfermedad crónica, pero en ningún caso, pueden ser el eje del fomento del autocuidado.

Y es que las **conductas de autocuidado** y compromiso con la salud se generan, no sólo con información o con contenidos educativos accesibles, sino **acompañando a las personas** en todo su proceso de salud, trabajando **la motivación**, explorando sus **valores y dificultades**, y fortaleciendo sus **recursos** para vencerlas.

3.- Liderar la atención en el domicilio de los pacientes vulnerables

La atención domiciliaria debe potenciarse para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura. Y el liderazgo enfermero en esta actuación queda explícito en la recomendación nº 30 de la estrategia de abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud: *“Reorientar el desarrollo integrado de la atención domiciliaria para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, **potenciando la actuación de los profesionales de enfermería de Atención Primaria**”.*



El envejecimiento de la población constituye un reto para los sistemas sanitarios que deben afrontar la atención a la dependencia y la vulnerabilidad. Las personas mayores sufren una elevada incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas, así como un alto grado de incapacitación e inmovilidad.

El domicilio es el lugar donde este grupo de pacientes puede mantener el control de su cuidado y la permanencia en su entorno puede mejorar su bienestar y calidad de vida, si así lo desea el paciente. En estos enfermos es importante evitar las hospitalizaciones inadecuadas y los desplazamientos innecesarios a consultas de seguimiento o a servicios de urgencias, salvo en los casos de descompensaciones graves que así lo requieran.

La enfermera es el único profesional sanitario que basa su cuerpo de conocimientos en el cuidado profesional y en el desarrollo de las capacidades y habilidades del individuo, el cuidador y la familia, para conseguir el mayor grado de autocuidado e independencia en el proceso salud-enfermedad. Esta manera de trabajar, reflejada en los modelos enfermeros, como el de D. Orem, pretende conseguir la implicación activa de los pacientes y familiares en el cuidado de su salud.

El núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora; en la atención domiciliaria los cuidados no profesionales son fundamentales.

Los programas de apoyo y cuidado dirigidos a las personas cuidadoras no deben limitarse al desarrollo de actividades informativas y de adiestramiento sobre los

cuidados, sino que también han de incluir los aspectos relacionados con la atención a la persona cuidadora, abordando sus problemas y previniendo posibles situaciones patológicas y el riesgo de claudicación. La atención domiciliaria debe potenciarse para garantizar la continuidad en el proceso de cuidados y la respuesta efectiva a las necesidades sociosanitarias que puedan presentar los pacientes; y resulta esencial que desaparezca la separación estructural entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria, procurando que toda la atención sea compartida y garantizando que se reciban los servicios necesarios, en el momento y lugar adecuados y durante el tiempo preciso, evitando duplicidades en las intervenciones, maximizando los resultados en salud (gestión del caso) y garantizando una atención integrada, continua y longitudinal

La enfermera familiar y comunitaria es el profesional que en estos momentos tiene la responsabilidad de prevenir el deterioro funcional de este grupo de población, desde un punto de vista biopsicosocial, teniendo como **eje de la atención al paciente, cuidador y familia, en su entorno cercano** y en coordinación con los distintos servicios sanitarios y sociales, para poder garantizar una calidad óptima en los cuidados a prestar.

En los últimos años los hospitales han puesto en marcha programas para atender a los pacientes en el domicilio como una parte de la solución a los problemas de los sistemas de salud (reducción de estancias hospitalarias, disminución del coste social asociado a la hospitalización: absentismo, bajas laborales de los cuidadores...). Pero hay que tener en cuenta que estas iniciativas implican haber adoptado un modelo centrado en la enfermedad, que sólo interviene en los momentos de agudización de la misma, obviando el modelo propio de la Atención Primaria, más **centrado en las personas**, y que interviene en el domicilio del paciente a lo largo de todo su proceso de salud-enfermedad, más allá del momento del alta hospitalaria.

Para potenciar la atención domiciliaria con este enfoque, es clave **dimensionar los recursos profesionales**, en cuanto al número de enfermeras que son necesarias en base a la **carga de cuidados** de la población asignada.

4.- Desarrollar nuevos roles profesionales

Distintas comunidades autónomas han adoptado modelos para paliar los déficits de continuidad asistencial o para atender las nuevas necesidades de la población sin hacer previamente un análisis profundo del área competencial de la Enfermería Familiar y Comunitaria; sin preguntarse si la enfermera familiar y comunitaria puede dar respuesta a esas necesidades. Resulta paradójico que se opte de entrada por nuevos modelos sin haber “exprimido” al máximo las potencialidades de la EFyC como colectivo.

Antes de introducir nuevas figuras o nuevos roles es necesario hacer un análisis riguroso sobre la capacidad de asumir nuevas responsabilidades por la EFyC, así como de los ratios poblacionales y de las cargas de cuidados, y si estos posibilitan dar respuestas a

todas las necesidades de cuidados de su población asignada, máxime cuando estos ratios son de los más altos de España y muy por encima de los países de nuestro entorno.

4.1. La enfermera como gestora del caso

La continuidad asistencial aparece como uno de los elementos esenciales en los distintos modelos de atención a la cronicidad; también en la estrategia de abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud constituye un principio rector y se desarrolla como línea estratégica. Y es que, mantener la continuidad asistencial durante las transiciones del paciente entre niveles asistenciales y distintos profesionales, es uno de los objetivos ineludibles de la calidad asistencial.

La continuidad de cuidados, entendida como una visión compartida y continua del trabajo en el que intervienen múltiples profesionales, diferentes niveles asistenciales y tiempos distintos, requiere de múltiples elementos, y una de las medidas que se ha demostrado eficaz tratándose de los pacientes más complejos es la “Gestión del caso”.

Si la gestión de casos se define como *“un método de provisión de cuidados al enfermo y a su familia basado en una concepción interdisciplinaria que trata de negociar, obtener y coordinar recursos para orientar y reconducir pacientes complejos, y obtener los resultados clínicos esperados mediante una conexión entre la calidad de los cuidados y los costes asociados”*, se centrará, por tanto, en realizar **una valoración profunda de las necesidades reales de la persona y su entorno**, desde una visión holística del ser humano, y trazar un plan de intervención costo-eficiente, coordinado, para dar respuesta individualizada a la situación.

No existe una profesión que genere por sí misma gestores de casos, sin embargo distintos autores como Zander (1991), Montiel (1995), Teixidor (1997) y Bower (2005) definen a la enfermera como el profesional más idóneo. Por ello esta es **una de las líneas estratégicas donde las enfermeras tenemos la oportunidad de desarrollar nuevos roles profesionales**

La enfermera gestora del caso utiliza un proceso de valoración de las necesidades reales del paciente y la familia, identificación de los problemas y diseño de un plan de intervención en el que coordina diferentes servicios y recursos garantizando una atención integral y continuada. Añadido a esto, también potencia la información que reciben los pacientes y familias para lograr que participen en la toma de decisiones, desplegando así una red de recursos para la gestión de la enfermedad y el autocuidado. Las relaciones interpersonales son la clave de este modelo.

Gestionar el caso ha de significar tener **autoridad para gestionar realmente recursos**, no hacer únicamente de intermediario o de facilitador ante las barreras actualmente existentes. Igualmente hay que tener en cuenta que **gestionar el caso no es lo mismo que gestionar la enfermedad**.

4.2. La enfermera como entrenadora en el autocuidado

Es un hecho conocido que las enfermeras de Atención Primaria llevan muchos años realizando intervenciones educativas con los pacientes crónicos, sustentan el liderazgo de la educación para la salud tanto individual como grupal dirigida a los pacientes con enfermedades crónicas o a actuar sobre los factores de riesgo más prevalentes (diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, etc.)

Entendemos ahora que hay que dar un paso más: este **papel educador histórico** de la EFyC, basado en una relación enfermera/paciente en la que el experto es la enfermera y el paciente adopta un papel pasivo y receptor de “su sabiduría”, debe ir evolucionando hacia un modelo en el que la enfermera pase de ser educadora a ser **educadora y entrenadora del autocuidado**, y este entrenamiento ha de basarse en las premisas del autocuidado, ya referidas anteriormente, y que son imprescindibles para que los pacientes se empoderen realmente en el manejo de su salud.

CONCLUSIONES

- ❖ El control de las enfermedades no transmisibles de evolución crónica es uno de los mayores retos de los sistemas sanitarios en todo el mundo
- ❖ Las enfermedades crónicas más destacadas están relacionadas con determinantes de la salud comunes como son los asociados a los estilos de vida y por tanto son modificables mediante medidas de promoción de la salud y actividades preventivas
- ❖ **La atención a la cronicidad debe incluir la visión holística**, la vivencia que la persona tiene de la enfermedad, su contexto social y familiar y el abordaje de las respuestas humanas que todo ello genera, dando el salto de un enfoque segmentado por patologías a otro centrado en la persona, como paradigma de atención a pacientes y no a enfermedades
- ❖ **Es preciso un cambio de paradigma**, una reforma estructural de las organizaciones para dar respuesta a las nuevas necesidades de salud
- ❖ Existen diferentes modelos para abordar la atención a las personas con enfermedad crónica. En todos ellos aparecen claramente identificadas intervenciones que se encuentran dentro del marco competencial de las enfermeras comunitarias. **La aportación específica de las enfermeras está en los elementos clave de los modelos**
- ❖ Todos los modelos destacan la necesidad de un **cambio de rol en el paciente**, adoptando un rol activo y comprometido con el autocuidado de su salud
- ❖ Las enfermeras poseen la competencia para desarrollar actuaciones proactivas de prevención y promoción de la salud respecto a la enfermedad crónica, a través de intervenciones de educación para la salud tanto individuales como colectivas que, a su vez, buscan la capacitación para el autocuidado. **PROMOVER LA SALUD ES PROMOVER EL AUTOCUIDADO**
- ❖ La enfermera es el profesional que tiene en su enfoque disciplinar el autocuidado y por tanto debe ejercer **el liderazgo en la capacitación de las personas para el autocuidado de su salud**
- ❖ La enfermera familiar y comunitaria, desempeñando el **rol educador/entrenador del autocuidado**, realiza el acompañamiento del paciente desde el inicio de la enfermedad, estableciendo una relación de confianza que permite generar conductas de autocuidado saludable en situaciones de desviación de la salud
- ❖ **La atención domiciliaria debe potenciarse** para mejorar el mantenimiento de las personas en su entorno de manera segura, teniendo como eje de la atención al

paciente, cuidador y familia, en coordinación con los distintos servicios sanitarios y sociales

- ✿ La continuidad asistencial aparece como uno de los elementos esenciales en los distintos modelos de cronicidad y una de las medidas que se ha demostrado eficaz en la continuidad de cuidados en el caso de los pacientes más complejos es la “Gestión del caso”. La enfermera familiar y comunitaria es el profesional más idóneo para este nuevo rol profesional

Toda estrategia de mejora de la atención a las personas con enfermedad crónica precisa contar con la participación activa y el liderazgo de la Enfermera Familiar y Comunitaria