

# **UNIVERSIDAD DE ALMERÍA**

**Facultad de Ciencias de la Educación, Enfermería y Fisioterapia**

**División de Enfermería y Fisioterapia**



## **GRADO EN ENFERMERÍA**

**Curso Académico: 2012/2013**

**Trabajo Fin de Grado**

**ESTRATEGIAS DE CUIDADOS EN LA ATENCIÓN  
AL PACIENTE CRÓNICO**

**- Autora -**

**María José Samaniego Martínez**

**- Tutor -**

**Gabriel Aguilera Manrique**

## **ÍNDICE:**

<b>1. Resumen.....</b>	<b>pág. 3</b>
<b>2. Introducción:</b>	
<b>2.1. Justificación.....</b>	<b>pág.3</b>
<b>2.2. Paciente crónico y enfermedad crónica.....</b>	<b>pág.4</b>
<b>2.3. Epidemiología.....</b>	<b>pág.5</b>
<b>3. Objetivos.....</b>	<b>pág.6</b>
<b>4. Metodología.....</b>	<b>pág.7</b>
<b>5. Desarrollo</b>	
<b>5.1. Replanteamiento de la atención al paciente crónico.....</b>	<b>pág.8</b>
<b>5.2. Chronic Care Model (CCM).....</b>	<b>pág.9</b>
<b>5.3. Pirámide de Kaiser.....</b>	<b>pág.10</b>
<b>5.4. Declaración de Sevilla para la atención a pacientes con enfermedades crónicas.....</b>	<b>pág.12</b>
<b>5.4.1. Plan de Atención Integral a Pacientes con Enfermedad Crónica. Andalucía.....</b>	<b>pág.12</b>
<b>5.5. La Atención a Domicilio y la figura de la enfermería en el cuidado al paciente crónico.....</b>	<b>pág.14</b>
<b>5.6. Educación Terapéutica.....</b>	<b>pág.15</b>
<b>6. Discusión - Conclusión.....</b>	<b>pág.17</b>
<b>7. Bibliografía.....</b>	<b>pág.19</b>

## **1.- RESUMEN**

El progresivo envejecimiento de la población, sumado a estilos de vida cada vez menos saludables, conlleva a un crecimiento cada vez mayor de pacientes con enfermedades crónicas. Esto ha supuesto un desafío para la administración y financiación de los sistemas sanitarios. El patrón de enfermedades está cambiando pero los sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo. De ahí la necesidad de afrontar nuevas estrategias de atención al paciente crónico que se adapten a las necesidades actuales.

En este trabajo se comentan algunas de las estrategias internacionales más importantes, que consideran que los mejores resultados en salud se obtienen cuando un paciente, activo e informado, interacciona con un equipo profesional y pro-activo.

En el apoyo al autocuidado de estos pacientes destaca la figura de los profesionales de enfermería que tienen un perfil clínico y de educadores, con funciones de preparación y entrenamiento para el paciente y su familia.

## **2.- INTRODUCCIÓN**

### **Presentación**

A continuación se habla de la justificación del tema elegido, seguido de una introducción de las enfermedades crónicas y su estado en la actualidad.

### **2.1. Justificación**

El impacto de las enfermedades crónicas está creciendo de forma sostenida en numerosos países de ingresos bajos y medios. La necesidad de prever y comprender la relevancia de las enfermedades crónicas y de intervenir urgentemente contra ellas es una cuestión cada vez más importante.

Las enfermedades no transmisibles son, en gran medida, prevenibles mediante intervenciones eficaces que aborden los factores de riesgo ya que los principales factores de riesgo son el tabaquismo, el uso nocivo del alcohol, la mala alimentación y la falta de actividad física.

Con este trabajo se pretende concienciar a la sociedad de la importancia que tiene llevar un estilo de vida saludable durante todas las etapas de la vida. Que la población tome conciencia y tenga un papel más activo en cuanto a su salud.

De eliminarse los principales factores de riesgo para el padecimiento de enfermedades crónicas, se podrían prevenir cerca de tres cuartas partes de la carga atribuible a las enfermedades cardiovasculares, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes de tipo 2, y un 40% de los casos de cáncer (1).

## **2.2. Enfermedad crónica y Paciente crónico.**

Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo, siendo responsables del 63% de las muertes según datos de la OMS (2).

Las enfermedades crónicas comparten características comunes, pese a que tradicionalmente han sido estudiadas académicamente de forma aislada y abordado por los servicios asistenciales hospitalarios de forma atomizada (3):

- Se agregan unas a otras potenciando el deterioro orgánico y la afectación funcional de los pacientes.
- Su etiología es múltiple y compleja.
- Su aparición es gradual y silente y su pico de prevalencia aparece en edades avanzadas.
- Son permanentes y producen un deterioro gradual y progresivo.
- Requieren tratamiento médico y cuidados de forma continuada.
- Son susceptibles de prevención, retraso en su aparición o, al menos, atenuación en su progresión.
- Se manifiestan mediante la triada edad, comorbilidad y polimedicación.

Se deben en gran medida a cuatro factores de riesgo comportamentales que se han afianzado de forma generalizada como parte de la transición económica, los rápidos procesos de urbanización y los modos de vida del siglo XXI: el consumo de tabaco, las dietas malsanas, la inactividad física y el uso nocivo del alcohol. Los principales efectos de estos factores de riesgo recaen cada vez más en los países de ingresos bajos y medios y en las personas más pobres en todos los países (4), (5).

### 2.3. Epidemiología

El progresivo envejecimiento de las poblaciones relacionado con un crecimiento de pacientes con enfermedades crónicas y pluripatológicas y la dependencia que ello conlleva, ha supuesto importantes desafíos para las administraciones y financiación de los sistemas sanitarios (3), (4), (6).

En las últimas décadas estamos asistiendo a un envejecimiento progresivo de las poblaciones. En la UE el porcentaje de personas mayores de 65 años pasará del 16,1 % (2000) al 27,5% (2050). España, junto a Italia y Japón, están a la cabeza de este proceso de envejecimiento mundial (6).

Una de las consecuencias inmediatas de este efecto, es el rápido aumento de pacientes con múltiples enfermedades crónicas. Además de la avanzada edad, existen otras circunstancias que incrementan la posibilidad de padecer procesos pluripatológicos: la obesidad, los bajos niveles socioeconómicos o culturales, el vivir sólo o residir en instituciones para ancianos (3), (4), (6).

Según la OMS, son las principales causas de mortalidad en el mundo (ver figura 1), siendo responsables del 63% de las muertes (36 millones de 57 millones de muertes globales) y se espera que supongan el 75% en 2020 (3).



Figura 1: Mortalidad prevista por distintas causas

Se estima que las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad en 2020 y que hacia 2030 se doblará la incidencia actual de enfermedades crónicas en mayores de 65 años (3).

La Encuesta Nacional de Salud Española de 2012, evidencia que 1 de cada 6 adultos mayores de 15 años padece un problema de salud crónico siendo los más frecuentes hipertensión, hipercolesterolemia y diabetes (7).

En España se calcula que en 2050 el 27% del total de población serán pacientes con problemas de cronicidad. Además, tal sector de mayores de 65 años dada esta alta prevalencia de enfermedades, precisa de muchos más cuidados y consume más recursos sanitarios (6).

Según datos de la OMS, la carga de enfermedades crónicas consiste en (8):

- Efectos adversos en la calidad de vida de los individuos afectados.
- Causa de muertes prematuras.
- Efectos económicos importantes y subestimados en las familias, las comunidades y la sociedad en general.

Otra de las realidades de hoy día, igualmente bien respaldada por la evidencia, es que ya disponemos de los medios necesarios para prevenir y tratar las enfermedades crónicas. Esos progresos se han logrado en gran parte gracias a la aplicación de enfoques amplios e integrados que comprenden intervenciones dirigidas tanto al conjunto de la población como al individuo, y que se centran en los principales factores de riesgo, mediante la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud (2), (5).

### **3.- OBJETIVOS**

1. Revisar estudios acerca del paciente crónico y de su cuidado.
2. Analizar e interpretar de forma crítica las diferentes estrategias de cuidados que existen en el paciente crónico.

3. Destacar la actuación activa de la población, en cuanto a su salud, para la prevención de las complicaciones de los procesos crónicos.
4. Destacar la importancia del personal de enfermería, como único profesional con el dominio de las competencias necesarias, para ejercer distintos roles determinantes para el abordaje del paciente crónico.

#### **4.- METODOLOGÍA**

El siguiente trabajo consiste en una revisión narrativa que tiene como objetivo analizar y resumir la literatura sobre un tema en particular, tanto desde el punto de vista conceptual como metodológico. Se lleva a cabo una interpretación crítica de la literatura desde el punto de vista del autor.

El procedimiento llevado a cabo ha consistido en la búsqueda de artículos sobre el tema elegido en las siguientes bases de datos: Cochrane plus, CuidenPlus, CINAHL, Elsevier, LILACS, Proquest Nursing, PubMed y SciELO. Tras este paso se seleccionan los artículos más completos sobre el tema a tratar, se analizan y se resumen en el apartado de desarrollo.

Al final del trabajo se realiza una crítica desde el punto de vista del autor sobre la atención al paciente crónico y se finaliza con las conclusiones que se pueden extraer de este trabajo.

#### **5.- DESARROLLO**

##### **Presentación**

A continuación se desarrolla el cambio que ha sufrido la atención al paciente crónico en los últimos años. Seguidamente, se exponen las diferentes estrategias de cuidados que hay en la actualidad y en base a los objetivos del trabajo, cómo se ha pasado de un modelo pasivo en el que se organizaban los cuidados de forma puntual, a estrategias en las que se considera al paciente como sujeto activo en su cuidado.

### 5.1. Replanteamiento de la atención al paciente crónico.

La condición de enfermo crónico supone un reto imponente para la familia y el sistema sociosanitario. Hay una relación directa entre cronicidad y dependencia y además, la cronicidad se asocia al consumo de recursos sanitarios poniendo en peligro la propia sostenibilidad del sistema sanitario (9).

La estrategia de atención al paciente crónico pasa por un replanteamiento que incluye actuaciones como (3):

- Evaluación individualizada del nivel de complejidad/ riesgo: un diagnóstico integral del paciente que, además de describir los procesos clínicos, incluya su situación social, psicoafectiva, su contexto familiar con especial interés al cuidador principal, situación nutricional y grado funcional. Una actuación más centrada **en intervenciones preventivas y rehabilitadoras** para evitar la progresión de las enfermedades crónicas, que en esfuerzos curativos.
- Una **implicación activa del paciente y su entorno familiar** en la adherencia a tratamiento y aplicación de cuidados con **programas educativos** y apoyo al autocuidado.
- Una integración real de los cuidados.
- Una **coordinación** eficaz, tanto entre niveles y flujos asistenciales como entre la red social y sanitaria. El incremento de demanda para este tipo de pacientes ha ocasionado que se deba replantear el tipo de asistencia clásica basada en la organización de los cuidados de forma puntual a un modelo que contemple la continuidad asistencial. Las características comunes a estas nuevas estrategias de cuidado han sido la potenciación de unidades multidisciplinarias y polivalentes con el intento de dar respuesta integral a la descompensación simultánea de las múltiples enfermedades crónicas que padecen.

Hay diferentes sistemas de integración, que se exponen a continuación. Se presenta dos de los más conocidos para la atención a pacientes crónicos, cómo es el *Chronic Care Model* (CCM), seguido del modelo *Kaiser Permanent*. Así como el modelo establecido por la Junta de Andalucía, el Plan de Atención Integral a Pacientes con Enfermedad Crónica (PAIAPEC).



## 5.2. Chronic Care Model (CCM)

Probablemente el principal modelo de referencia internacional en la atención a crónicos es el “**Modelo de Atención a Crónicos**” (*The Chronic Care Model CCM*) desarrollado por Ed. Wagner y por colaboradores del *MacColl Institute for Healthcare Innovation* de Seattle, en EE.UU. En este modelo, la atención a crónicos discurre en tres planos que se superponen (6), (10), (11):

- La comunidad con sus políticas y múltiples recursos públicos y privados.
- El sistema sanitario con sus organizaciones proveedoras y esquemas de aseguramiento.
- 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 pacientes crónicos (Ver Anexo II). Se trata de:

- La organización del sistema de atención sanitaria.
- El estrechamiento de relaciones con la comunidad.
- El apoyo y soporte al autocuidado.
- El diseño del sistema asistencial.
- El apoyo en la toma de decisiones.
- El desarrollo de sistemas de información clínica.

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, a favor de una atención de alta calidad, elevada satisfacción y mejora de resultados (6), (10), (11).

Si se analizan los dominios competenciales que las enfermeras desarrollan, encontramos (10):

- El apoyo y soporte al autocuidado, sustentado en el marco teórico de la Dra. Dorotea Orem (12).
- El apoyo en la toma de decisiones del paciente (los proyectos de *counseling*).

- El ejercicio del rol de la enfermera como entrenadora de los pacientes que requiere de un profesional que la acompañe para que se generen cambios en la manera de enfocar el autocuidado.
- La gestión de casos.
- La relación con la comunidad, donde la enfermera comunitaria aporta la relación con la escuela, asociaciones de pacientes y trabajo desde la promoción de la salud con proyectos coordinados con el ámbito de la Salud Pública y el medio de la municipalidad.

Dentro de las adaptaciones del CCM destaca el modelo propuesto por la OMS, denominado “**Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas**” *The Innovative Care for Chronic Conditions (ICCC)* (10).

Este modelo añade al CCM una óptica de políticas de salud, cuyas principales ideas son (Ver Anexo III) (10):

- La toma de decisiones basada en la evidencia.
- El enfoque de salud poblacional.
- El foco en prevención.
- El énfasis en la calidad de la atención y en la calidad sistémica.
- La flexibilidad/adaptabilidad.
- La integración, como núcleo duro del modelo.

### 5.3. Pirámide de Kaiser

Identifica tres niveles de intervención según la complejidad del paciente (Ver Anexo IV) (6), (10):

1. En los pacientes de mayor complejidad con frecuente comorbilidad, se hace necesaria una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales que además requieren un gestor de caso y estrategias de mantenimiento en domicilio, potenciado el trabajo enfermero en el ámbito domiciliario (*Case-management* / **Enfermera Gestora de casos**).

2. Los pacientes de **alto riesgo** pero de menor complejidad en lo que respecta a su comorbilidad reciben una gestión de la enfermedad que combina autogestión y cuidados profesionales, y aquí es evidente que se ha de trabajar con el rol de la enfermera como entrenador y la estrategia es el fomento del autocuidado y la autogestión (*Disease management/ Rol entrenadora*).
3. La mayoría de pacientes crónicos con condiciones todavía en **estadios incipientes** reciben apoyo para su autogestión. Aquí la enfermera comunitaria, acompaña en el proceso y principalmente ejerce un rol de supervisión y como educadora (*self-care / rol educadora e informadora*).

Sin olvidar en ninguno de estos escalones a los cuidadores y sus necesidades, personas que han supuesto parte del proyecto de rediseño de la intervención de las enfermeras y enfermeros comunitarios.

Finalmente, **la población general** es foco de intervenciones de **prevención y promoción** que tratan de controlar los factores de riesgo que puedan llevar a los individuos a la enfermedad crónica, donde el trabajo de las enfermeras está en liderar y gestionar experiencias integradoras desde el marco de la promoción de estilos de vida saludables y la prevención (10).

Este enfoque de paciente activo y experto es una novedad en nuestro sistema sanitario. Permitirá que trabajemos en las estrategias de autogestión y de autocuidado, empoderando a los pacientes para que ellos adquieran la capacidad suficiente, de la mano de su enfermera entrenadora con el fin de que puedan tomar decisiones compartidas con su médico sobre su tratamiento en función de sus propios deseos y necesidades (10), (13), (14).

Son los cuidados y su gestión, el campo de acción de las enfermeras y enfermeros siendo esta responsabilidad mayor en la atención a los pacientes crónicos, porque son las enfermeras las que suplen a las personas cuando: estas no tienen la fuerza, el conocimiento o la voluntad para hacerlo por sí mismos (Virginia Henderson).

Estando claro por tanto que es el **cuidado** el marco del ámbito competencial de las enfermeras (10). El apoyo al autocuidado se ha desarrollado basándose, sobre todo, en los profesionales de enfermería que tienen un perfil clínico y de educadores, con funciones de preparación y entrenamiento (*coaching*) para el paciente y su familia (3).

#### **5.4. Declaración de Sevilla para la atención a pacientes con enfermedades crónicas.**

En nuestro país, como en el resto del mundo, el patrón epidemiológico global está cambiando en las últimas décadas, con un progresivo predominio de las patologías crónicas sobre las agudas, pero es evidente que nuestros sistemas de atención a la salud no están evolucionando al mismo ritmo y no se han adaptado a los retos planteados.

Sin embargo, la posición de España para afrontar los retos de la cronicidad es buena.

Disponemos de la mayoría de los elementos que nos pueden permitir una rápida reorganización de nuestro Sistema de Salud y especialmente un Sistema Sanitario Público, con una Atención Primaria fuertemente implantada y consolidada (3).

Este Documento de Consenso pretende promover y estimular el desarrollo de iniciativas en todas las Comunidades Autónomas (CCAA), que puedan verse reflejadas en un **Plan Integral Autonómico de Atención a los Pacientes con Patologías Crónicas** (3).

##### **5.4.1. Plan de Atención Integral a Pacientes con Enfermedad Crónica. Andalucía.**

Durante la última década los planes de calidad han traído un cambio cultural y estratégico, que ha propiciado la orientación del Sistema Sanitario Público Andaluz hacia el ciudadano. Este hecho ha facilitado que, durante este periodo se hayan desarrollado numerosas estrategias que han permitido disponer de la mayoría de los elementos para avanzar rápidamente hacia un modelo en la gestión de enfermedades crónicas. Por tanto, el Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas (PAAIPEC), no pretende redefinir una nueva estrategia sino que aspira a ser una estrategia complementaria (17).

El PAIAPEC adaptando la visión multidimensional que aportan los Modelos de gestión de enfermedades crónicas anteriormente comentados, identifica 6 líneas estratégicas (17): (Ver Anexo V)

- Prevención y promoción de la salud.
- Autonomía y co- responsabilidad del paciente.
- Modelo de atención integral.
- Gestión poblacional.
- Orientación a resultados.
- Gestión del conocimiento.

Estas líneas estratégicas interaccionan con la comunidad y el paciente, con los profesionales y con el espacio compartido, donde el ciudadano tiene la percepción del continuo asistencial. Los 5 escenarios para estas líneas estratégicas son: Comunidad, Paciente, Profesionales, Tecnología de la información y comunicación y Espacio compartido (17).

El análisis de esta situación ha permitido identificar áreas de mejora como (17):

1. Asegurar el liderazgo de la AP en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermero.
2. Consolidar el modelo de Atención Compartida entre AP y AH.
3. Desarrollar un modelo de integración socio-sanitaria para responder a las necesidades de ciudadanos de las personas con problemas crónicos de salud.
4. Desarrollar el Plan en el marco de la gestión clínica.
5. Evaluar las intervención y resultados en salud.
6. Afrontar los determinantes de la enfermedad crónica.

## 7. Promoción del uso adecuado del medicamento.

### **5.5. La Atención a Domicilio y la figura de la enfermería en el cuidado al paciente crónico.**

Igualmente requiere especial atención el reconocimiento del trabajo de las enfermeras en la **Atención a Domicilio**, como el medio natural de atención en el caso de los enfermos crónicos y dependientes ya que es donde pasan la mayor parte del tiempo conviviendo con su enfermedad. Es el medio, en el que además, los cuidadores se desenvuelven a diario, por tanto es donde se les generan o agudizan necesidades y problemas de seguridad en los casos de dependencia y fragilidad (10), (18).

Se considera que este es el ámbito donde se debe dar con mayor contundencia un modelo de atención centrado en las personas, liderado por enfermeras, donde se desarrolle un plan de intervención que permita coordinar a todos los actores implicados en el proceso para caminar hacia un modelo integrado (10).

El Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria de Andalucía y la Guía de Atención al Paciente Pluripatológico, considera al profesional de enfermería como el agente de salud que lidera la atención en el domicilio, debiendo garantizar la continuidad de los cuidados, en estrecha colaboración con el resto del equipo multidisciplinar (10), (19), (20).

Las enfermeras comunitarias en el ámbito domiciliario, valoran de manera individual las necesidades del paciente y sus cuidadores, diseñan planes de intervención negociados con los pacientes para que sean realistas y aplicables dentro de un contexto de prestaciones previamente definidas. Además, utilizan programas de educación para la salud y de entrenamiento y resuelven la coordinación con otros niveles, sistemas y miembros del equipo asistencial en bien de su paciente. Están comprometidas con la búsqueda de los recursos que permitan a su paciente y cuidador gestionar sus propias necesidades, coopera y participa activamente con las organizaciones y redes comunitarias, organizaciones no gubernamentales, asociaciones de ayuda mutua y demás instituciones públicas o privadas que tienen por objetivo mejorar la salud del conjunto de las personas (10), (18).

El 95% de estos pacientes residen en sus domicilios, a cargo de un cuidador informal que asume el cuidado del paciente, por lo que tiene especial relevancia conocer la carga de trabajo que sufre la cuidadora principal y las repercusiones sobre su salud y sobre sus actividades laborales, económicas y sociales (10).

Diferentes estudios describen las repercusiones psíquicas y físicas que tienen sobre los cuidadores su labor, tales como la ansiedad y depresión, sobrecarga o cansancio en el desempeño del rol de cuidador, dolores musculares relacionados con el esfuerzo, percepción negativa de su estado de salud y en general una pérdida de la calidad de vida que se transmite al grupo familiar. La incorporación a un programa de atención domiciliaria de personas dependientes repercute positivamente sobre su cuidador principal, mejorando su percepción sobre la asistencia recibida, reduciendo su utilización de los servicios sanitarios, disminuyendo el grado de sobrecarga y su percepción de falta de apoyo social (10), (21).

En los últimos años hemos visto cómo se han implementados diferentes estrategias desde los hospitales para atender al paciente con una determinada patología en el domicilio, presentándose la atención domiciliaria como una parte de la solución a los problemas financieros de los sistemas de salud, reduciendo las estancias hospitalarias y el coste social por problemas derivados del cuidador (absentismo o bajas laborales, gasto en patologías del cuidador, etc.) al tiempo que pretende mejorar la calidad de vida de la población a la que se dirige (10).

## **5.6. Educación terapéutica**

Las personas con enfermedad crónica y las familias han de realizar un aprendizaje que les permita: Afrontar una enfermedad que les exige, además de su tratamiento correspondiente, una forma de vida óptima y saludable que requiere cambios en los patrones culturales. Deben convivir muchos años con ellas y la actitud de las personas (motivación, creencias) es crucial en el control de sus enfermedades pues condiciona de cumplimiento o adherencia a las indicaciones terapéuticas del profesional sanitario. La **educación terapéutica** es una intervención de aprendizaje que tiene como objetivo que el enfermo y la familia adquieran conocimientos, habilidades y actitudes que le capaciten para gestionar el manejo diario de la enfermedad. Esta educación debe

integrarse a la realidad física, psicológica y sociocultural de cada paciente. Estos modelos plantean una participación activa de los pacientes de la familia y su responsabilidad en su toma de decisiones (3), (15), (22).

El **Empowerment** es un nuevo modelo que reconoce que la persona tiene el control y la responsabilidad diaria de sus cuidados. Defiende que el plan terapéutico debe adaptarse a los objetivos, prioridades y estilo de vida de la persona, así como a las necesidades de su enfermedad. Configura un nuevo paradigma con una definición de roles diferentes. Los profesionales pasan a tener una función de colaboración. Si las personas con enfermedades crónicas definen sus propios objetivos y eligen las estrategias para alcanzarlos, su motivación pasa a ser intrínseca (13), (16), (22).

El modelo resalta que en las necesidades de cuidado están involucrados el paciente, su familia, la enfermera y la forma en cómo se estructura el cuidado. Lo que permite concluir, que es importante integrar la participación familiar, monitorear el desarrollo de habilidades generadoras de salud con miras a vislumbrar el autocuidado de los pacientes con enfermedad crónica desde el empoderamiento, que incluya las dimensiones: biológica, psicológica, social, cultural, productiva, recreacional, sanitaria y espiritual (13), (14), (16), (22).

**Programa Paciente Experto:** Pacientes crónicos “expertos” que lideran grupos de pacientes. Transmiten la información con el mismo lenguaje y desde la propia experiencia de enfermedad. Tienen vivencias y experiencias que pueden ser compartidas (22).

El objetivo final de todo esto es pasar de un modelo en el que el paciente y el sistema se relacionan de forma pasiva a otro de relación proactiva. Para ello, una propuesta actual acorde con los tiempos que corren son los sistemas de información como medio para aumentar la autonomía del paciente: paciente experto, informado y activo (3), (23), (24).



## 6.- DISCUSIÓN - CONCLUSIÓN

Todos los profesionales estamos de acuerdo en que la atención al paciente crónico debemos abordarla de una forma integral y continuada. Si esto es así. ¿Por qué no ponemos en marcha las diferentes estrategias comentadas con anterioridad? En todas las Comunidades Autónomas existen planes de cuidados con este fin, pero ¿En cuántas de ellas se han seguido de forma estricta y con tales objetivos?

Desde mi experiencia como estudiante, creo que lo que falta es una figura de liderazgo entre los profesionales. En contra de lo que se ha desarrollado anteriormente, el profesional generalmente espera a la demanda del paciente centrándonos entonces en el problema aislado del momento. También he de decir que en los 5-7min. de consulta que actualmente disponemos, es complicado poner en marcha estos modelos. Es por eso que lo que necesitamos es que el profesional cambie su forma de atención y que se intente integrar estos modelos poco a poco en nuestro día a día. No debemos esperar a que sean otros lo que inicien estos cambios. Debemos tener una actitud activa y más en los tiempos de ahora en los que el sistema sanitario está más restringido que nunca.

Todos los expertos están de acuerdo en que el modelo Chronic Care Model (6), (10), (11) es el más apropiado para la atención a los pacientes crónicos y que la segmentación de los pacientes para prestar diferente tipo de asistencia según sus necesidades, adoptada por la organización Kaiser (6), (10) ha demostrado excelentes resultados en salud, satisfacción de los pacientes y profesionales y ahorro en costes.

Tenemos alternativas buenas. Solo nos falta llevarlas a la práctica a nivel general.

Debemos aprender a trabajar en equipos, a formarnos en las nuevas competencias que esta reorganización del sistema exige para conseguir aplicar estas nuevas estrategias de cuidados, que sin duda, son la solución a la descompensación asistencial que a veces sufren los pacientes crónicos.

El objetivo final de este trabajo es concienciar a sanitarios, pacientes crónicos y familiares de la necesidad de pasar de un modelo en el que el paciente y el sistema se relacionan de forma pasiva a otro de relación proactiva. Considerar que los mejores resultados en salud se obtienen cuando un paciente activo e informado interacciona con

un equipo profesional y pro-activo. Los sistemas de información deben ser capaces de dar soporte a esa proactividad y favorecer la coordinación entre niveles y sectores asistenciales.

En este sentido debe remarcarse la contribución que la Atención Primaria puede hacer en la disminución de hospitalizaciones evitables y como los sistemas de información pueden facilitar que sea un objetivo compartido entre Atención Primaria, Hospitalaria y Sociosanitaria.

Todo ello sin olvidarnos del punto fuerte de estas enfermedades y es que la mayoría de ellas se pueden prevenir controlando los factores de riesgo anteriormente comentados.

Cada país, independientemente de su nivel de recursos, tiene al alcance la posibilidad de introducir mejoras importantes en la prevención y el control de las enfermedades crónicas. Se necesitan recursos sin duda, pero se pueden conseguir muchas cosas a un costo reducido, y los beneficios superan ampliamente los costos.

Como bien recoge la OMS, no hay nada que justifique que las enfermedades crónicas sigan segando prematuramente la vida de millones de personas cada año por estar relegadas a un segundo plano en la agenda del desarrollo sanitario, cuando conocemos ya perfectamente la manera de evitarlas.

Conocemos las causas. El camino a seguir está claro. Actuar está ahora en tus manos (5).

## 7.- BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Mundial de la Salud. *Enfermedades no transmisibles. Datos y cifras*. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/facts/es/index9.html](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/facts/es/index9.html) (Consultado: 25/02/2013).
- (2) Organización Mundial de la Salud. *Estrategia mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles*. 61ª Asamblea mundial de la salud. 18 de abril de 2008 Disponible en: [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_8-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_8-sp.pdf) (Consultado: 15/03/2013).
- (3) Ollero Baturone M., Orozco Beltrán D., Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI) y la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). *Documento de consenso atención al paciente con enfermedades crónicas*. 2011.
- (4) Organización Mundial de la Salud. Dr. Ala Alwan. *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles*. 2010. Disponible en: [http://www.who.int/nmh/publications/ncd\\_report\\_summary\\_es.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf) (Consultado: 23/04/2013).
- (5) OMS. *Enfermedades Crónicas y promoción de la salud. Prevención de las enfermedades crónicas*. Disponible en: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1/es/index.html](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html) (Consultado: 15/03/2013).
- (6) Montes Santiago J, Casariego Vales E, de Toro Santos M, Mosquera E. *La asistencia a pacientes crónicos y pluripatológicos. Magnitud e iniciativas para su manejo: La Declaración de Sevilla. Situación y propuestas en Galicia. Galicia Clin 2012; 73 (Supl.1): S7-S1.*

- (7) Instituto Nacional de Estadística, Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e igualdad, Gobierno de España. *Encuesta Nacional de Salud 2011 – 2012*.
- (8) Gamboa Antiñolo F, Gómez Camacho E, de Villar Conde E, Vega Sánchez J, López Alonso R, Polo J. *La atención especial a los pacientes reingresadores puede ser eficiente. Análisis coste-beneficio de un nuevo modelo asistencial*. Rev Clin Esp 2002; 202(6):320-5.
- (9) Melguizo Jiménez M. *De la enfermedad crónica al paciente en situación de cronicidad*. Aten Primaria. 2011;43:67-8. - vol.43 núm 02.
- (10) Grupo de crónicos FAECAP. *Las enfermeras comunitarias ante las necesidades de las personas en el siglo XXI. Estrategia ante las personas con problemas crónicos estrategia ante la dependencia y la fragilidad*. Mayo 2012 Documento 1.0.
- (11) Parchman, Michael L, MD, MPH, Pugh, Jacqueline A, MD, Wang, Chen-Pin; Romero, Raquel L, MD, MPH. *Glucose Control, Self-Care Behaviors, and the Presence of the Chronic Care Model in Primary Care Clinics*. Diabetes Care 30. 11 (Nov 2007): 2849-54.
- (12) Olivella-Fernández MC., Bastidas-Sánchez CV., Castiblanco-Amaya MA. *La adherencia al autocuidado en personas con enfermedad cardiovascular: abordaje desde el Modelo de Orem*. DeCs, Bireme. 20 de febrero de 2012.
- (13) Franco Barcenás S., Berumen Burciaga V., Sáenz López E. *Modelo de Cuidado de Enfermería Familiar con un Integrante con Enfermedad Crónica*. Desarrollo Cientif Enferm. Vol. 19 N° 4 Mayo, 2011.
- (14) Sallerasa L., Bertránb JM., Prats A. *Los métodos de la medicina clínica preventiva (II). Consejo médico (counseling)*. Med Clin (Barc) 1994; 102 Supl 1: 19-25.

- (15) Heng J., Tham J., Balan E. *Engaging patients in the management of chronic conditions in an outpatient clinic setting*. Singapore Nursing Journal. April 1, 2013.
- (16) Nygårdh A., Malm D., Wikby K., Ahlström G.. *The experience of empowerment in the patient–staff encounter: the patient’s perspective*. Journal of Clinical Nursing, 21, 897–904. March 1, 2012
- (17) Junta de Andalucía. Consejería de salud. *Plan de Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016*.
- (18) Gomes IM., Kalinowski LC., Lacerda MR., Ferreira RM. *The domiciliary health care and its state of art: a bibliographic study*. By:, Online Brazilian Journal of Nursing, 16764285, September 1, 2008, Vol. 7, Issue.
- (19) Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Atención al Paciente Pluripatológico. Proceso Asistencial Integrado*. Sevilla, 2002.
- (20) Consejería de Salud. Junta de Andalucía. *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía*. Comisión para el Desarrollo de la Atención Enfermera en el Servicio Andaluz de Salud.
- (21) De la Revilla L., et al. *La atención domiciliaria y la atención familiar en el abordaje de las enfermedades crónicas de los mayores*. Aten Primaria 2003;31(9):587-91.
- (22) Isla Pera P. *Modelo Corporativo de participation y decision: Educación Terapeutica*.IV Congreso Nacional de Atención Sanitaria al Paciente Crónico. Marzo 2012, ADDA.
- (23) Rubiera López G., et al. *Programa para mejorar la atención de las enfermedades crónicas. Aplicación del Modelo de Cuidados para Enfermedades Crónicas*. Aten Primaria 2004;34(4):206-9.

- (24) Murray E., Burns J., See Tai S., Lai R., Nazareth I. *Programas de comunicación sanitaria interactiva para personas con enfermedades crónicas* (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford.

## ANEXOS

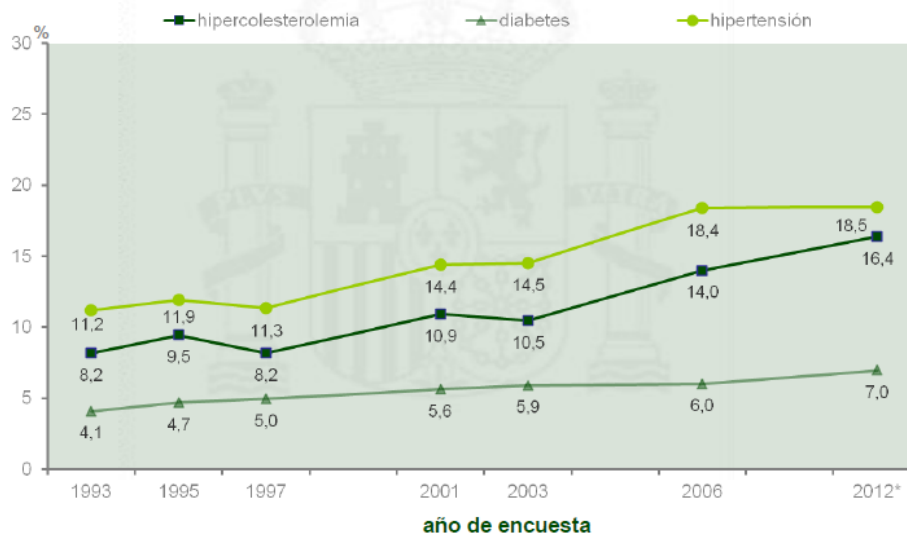
### ANEXO I: Encuesta Nacional De Salud 2012.



## Problemas de salud crónicos en adultos



## Problemas de salud crónicos en adultos - evolución



\*2011/12 población 15+ años. Resto serie 16+.

## ANEXO II: Chronic Care Model (CCM).

### Adaptación del modelo de Atención a Crónicos



Fuente: Desarrollado por Ed Wagner y colaboradores del MacColl Institute for Healthcare Innovation. Adaptado por O+Berri, Instituto Vasco de Innovación Sanitaria



## ANEXO III: Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas.

### El Modelo de Atención Innovadora a Condiciones Crónicas (ICCC)



Fuente: OMS

## ANEXO IV: Pirámide de Kaiser.

### Pirámide de Kaiser ampliada



Fuente: Kaiser Permanente. Adaptado

ANEXO V: Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas. Extracto pág. 77-78

PROYECTO PRIORITARIO

LINEAS ESTRATÉGICAS	ESCENARIOS				
	Comunidad	Pacientes	Profesionales	TICs	Espacio compartido
Prevención y promoción de Salud.					
Autonomía y coresponsabilidad del paciente					
Modelo de atención Integral e Integrada.					
Gestión poblacional.					
Orientación a resultados.					
Gestión del conocimiento.					

Estás áreas de mejora pretenden ser agrupadas en estos 7 Proyectos prioritarios:

- 1) **ASEGURAR** el liderazgo de la Atención Primaria en la atención de los pacientes con enfermedades crónicas reforzando el protagonismo del equipo médico-enfermero de Atención Familiar y Comunitaria
- 2) **CONSOLIDAR** el modelo de Atención Compartida entre Atención primaria y hospitalaria.
- 3) **DESARROLLAR** un modelo de integración socio-sanitaria para responder a las necesidades de cuidados de las personas con problemas crónicos de salud.
- 4) **DESARROLLAR** el Plan en el marco de la gestión clínica
- 5) **EVALUAR** las intervenciones y resultados en salud.
- 6) **AFRONTAR** los determinantes de la enfermedad crónica.
- 7) **PROMOCIÓN** del uso adecuado del medicamento.

De entre estos proyectos los tres primeros son los proyectos nucleares para definir los cambios organizativos necesarios para continuar adaptando nuestra organización a las necesidades de los pacientes con enfermedades crónicas. El cuarto, la Gestión Clínica, define el marco requerido para poder ejecutar estos cambios. Los tres últimos son proyectos operativos que definen prioridades. Las acciones propuestas se describen en cada uno de los siete proyectos estratégicos y se presentan también enmarcadas en cada una de las líneas estratégicas con algunas acciones específicas de estas líneas no incluidas en los proyectos prioritarios. Este doble sistema de presentación permite visualizar las acciones en los sistemas digitales desde diferentes perspectivas.