



¹Esther Nieto Blanco

²M^a. Jesús Salvador-Morán

¹Enfermera. Unidad de Docencia y Formación. Gerencia de Atención Primaria. Área 6. Majadahonda (Madrid).

²Enfermera de Atención Primaria. C.S. Valle de la Oliva. Majadahonda (Madrid).

Correspondencia:

M^a Jesús Salvador-Morán

C.S. Valle de la Oliva

C/ Enrique Granados, n.º 2

28222-Majadahonda (Madrid)

E-mail: mjesussalva@yahoo.es

La enfermera de soporte en las residencias de ancianos. Evaluación de una experiencia implantada en una zona básica de salud de Madrid

Nurses as support in old people's homes. An evaluation of the experience introduced

RESUMEN

Se calcula que en la Comunidad de Madrid hay 31.084 ancianos institucionalizados, un 30% de los cuales se encuentran en el Área 6, en las aproximadamente 170 residencias ubicadas en el área. Esta concentración de residencias geriátricas, en especial en dos de sus zonas básicas, se debe fundamentalmente a la expansión urbanística que ha registrado esta zona de Madrid en los últimos años. El crecimiento progresivo de estos servicios sociosanitarios conlleva problemas organizativos crecientes en los centros de salud correspondientes, lo que ha supuesto un reto permanente para los equipos y para las distintas gerencias de área. Algunos de los problemas manifestados por los profesionales, y en ocasiones vividos como una amenaza constante, han sido: el aumento de la carga de trabajo, es a veces difícil de cubrir, la interferencia en la prestación de los servicios sanitarios, las discrepancias de criterio entre los profesionales de las residencias y los del equipo, la excesiva demanda y una sensación común de falta de control de la situación. Para conocer con mayor profundidad algunos de estos problemas y buscar posibles soluciones se realizó un trabajo de investigación por la Dirección de Enfermería (en la etapa 1999-2000). Tras conocer sus resultados se planificaron diversas actuaciones, una de ellas fue la creación de una Unidad de Soporte de Cuidados para las residencias de ancianos que no tenían servicios de enfermería, ubicada en el Centro de Salud de Aravaca (Madrid). A continuación se presentan los resultados de la evaluación de esta experiencia.

PALABRAS CLAVE

Enfermera comunitaria, atención primaria, residencias.

SUMMARY

In the area of Madrid and its surroundings "Comunidad de Madrid", there are 31.084 old people set up in Old people's homes, 30 per cent are in Area 6, in the 170 homes which can be found in the area. This concentration of geriatric centres, especially in two of its main areas, is mainly due to the urbanistic expansion registered in this part of Madrid in the last few years. The progressive growth of these sanitary and social services, means more organization in Health Centres, which is a challenge for the medical teams managements of the area. Some of the problems expressed by professionals and sometimes lived as a threat have been: overwork, the disagreement between the professionals in de homes and those of the medical team, the great demand of services and the feeling that the situation is out of control. For further knowledge of some of these problems and finding solutions, research work has been done by Head Nurses (from 1999 to 2000). After knowing the results, several actions were planned, one of them was the creation of a Care Support have nurse services located in the Aravaca Health Centre (Madrid). Following we present the evaluation of this experience.

KEY WORDS

Visiting nurse, primary care, old people's homes.

INTRODUCCIÓN

Los indicadores de cobertura de servicios sociales muestran que los recursos sociales más desarrollados en la atención a las personas mayores y el que ha alcanzado los objetivos del Plan Gerontológico son los Servicios de Atención Residencial.

El sector privado representa el 74% de todas las plazas residenciales; de ellas, el 59% son financiadas por el usuario y el 15% concertadas por el sector público (1). Solo 26 de cada 100 son públicas y están gestionadas y financiadas por el sector público. En la Comunidad de Madrid hay 25 centros públicos, 79 concertados y 216 privados, en el año 2001 (1).

En los últimos años, la iniciativa privada ha ido incrementándose en función de la demanda, de forma que en la Comunidad de Madrid no existen datos del número de residencias privadas de menos de 40 plazas. En la Comunidad de Madrid, el 52% de los centros tiene menos de 50 plazas (2).

Se calcula que en la Comunidad de Madrid hay 31.084 ancianos institucionalizados, un 30% de los cuales se encuentran en el Área 6, en las aproximadamente 170 residencias ubicadas en el área. Esta concentración de residencias geriátricas, en especial en dos de sus zonas básicas, se debe fundamentalmente a la expansión urbanística que ha registrado esta zona de Madrid en los últimos años.

El crecimiento progresivo de estos servicios sociosanitarios conlleva problemas organizativos crecientes en los centros de salud correspondientes, lo que ha supuesto un reto permanente para los equipos y para las distintas gerencias de área.

Algunos de los problemas manifestados por los profesionales y en ocasiones vividos como una amenaza constante han sido: el aumento de la carga de trabajo, es a veces difícil de cubrir, la interferencia en la prestación de los servicios sanitarios, las discrepancias de criterio entre los profesionales de las residencias y los del equipo, la excesiva demanda y una sensación común de falta de control de la situación.

Para conocer con mayor profundidad algunos de estos problemas y buscar posibles soluciones se realizó un trabajo de investigación por la Dirección de Enfermería (en la etapa 1999-2000). Tras conocer sus resultados se planificaron diversas actuaciones, una de ellas fue la creación de una Unidad de Soporte de Cuidados para las residencias de ancianos que no tenían servicios de enfermería, ubicada en el Centro de Salud de Aravaca (Madrid). A continuación se presentan los resultados de la evaluación de esta experiencia.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar la pertinencia, utilidad y aceptabilidad de los servicios que presta la enfermera comunitaria (EC) entre las residencias de ancianos y el equipo de Atención Primaria de Aravaca (Madrid).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Describir:

- Los diferentes tipos de cuidados que realiza la enfermera comunitaria.
- Las modalidades de las demandas de asistencia que solicitan los responsables de las residencias.
- Las características socio-sanitarias de los pacientes atendidos por la enfermera comunitaria.
- Las diferencias entre los diagnósticos enfermeros identificados en los pacientes institucionalizados y los de los pacientes incluidos en el Programa de Visita Domiciliaria del equipo.

– La morbilidad entre los pacientes de las residencias y la de los pacientes incluidos en visita domiciliaria del equipo.

MATERIAL Y MÉTODOS

– Diseño: Observacional, descriptivo, transversal.

– Ámbito del estudio: El Centro de Salud de Aravaca y las residencias geriátricas adscritas a la zona básica que no disponen de enfermera.

– Población de estudio: Las 22 residencias geriátricas (493 plazas), de un total de 33, pertenecientes a la zona básica que reciben esta atención enfermera.

– Muestra del estudio: 22 residencias seleccionadas por conveniencia según los siguientes criterios de inclusión:

– Criterios de inclusión: Disponer de médico propio, carecer de enfermera o disponer de ella a tiempo parcial, depender de la zona básica de estudio, recibir atención por este nuevo servicio al menos desde hace un año.

– Sujetos del estudio: Actividad de la enfermera responsable del servicio y pacientes con historia enfermera.

– Instrumentos de medición: Historias clínicas de los pacientes de residencias, historias clínicas de los pacientes incluidos en el Programa de Visita Domiciliaria del equipo.

VARIABLES DEL ESTUDIO

– Características de las residencias: Número, tipo y tiempo de las cuidadoras, medios técnicos, tarifa mensual, número de plazas, tipo de oferta asistencial, gasto farmacéutico mensual/residente.

– Características de los pacientes: Edad, género, estado civil, morbilidad, diagnósticos enfermeros, diagnósticos médicos, tratamiento farmacológico, complicaciones: caídas, ingresos, úlceras, fracturas. Tiempo de estancia en la residencia.

– Actividades de la enfermera de soporte: Técnicas organizativas, educativas. Número de visitas/día por residencia.

TRATAMIENTO ESTADÍSTICO

Se ha realizado un análisis descriptivo de las distintas variables, distribución de frecuencias y medidas de tendencia central y dispersión para las variables cualitativas. Para la comparación de porcentajes se ha utilizado el test de X². Para la estimación de los riesgos se ha utilizado el riesgo relativo (RR). El estudio estadístico se ha realizado mediante paquete estadístico, SPSS 9.0.

RESULTADOS

Características de las residencias analizadas

Se han estudiado 22 residencias, lo que supone un 36,7% del total de la oferta de esta zona (493 plazas), todas de titularidad privada. El número de camas por residencia está entre 13 y 38. El 66,7% (334) son para ancianos dependientes (datos referidos a 19 residencias, ya que en 3 se desconoce este dato).



23 El 60% de las habitaciones son dobles, 24% triples, 10% del total son individuales y el 6% tiene más de tres camas. Solo el 22,8% (45) de los cuartos de baño están adaptados y sin barreras arquitectónicas.

Recursos para inmovilizados: 18 camas articuladas (5,3%), 24 colchones de reducción de presión (7,1%) y 15 grúas (4,4%), respecto del total de plazas de mayores dependientes.

La gran mayoría de las residencias tenía peluquera y podólogo, que prestan sus servicios a demanda. Un 63% de las residencias disponían de servicio de odontología. Cuatro residencias (18,8%) tienen gimnasio y un fisioterapeuta contratado a tiempo parcial.

Disponían de una sala de televisión y juegos para las actividades de ocio en todas las residencias. No había bibliotecas y no se programan actividades recreativas dentro o fuera de las residencias.

El coste mensual de una plaza era entre 870 y 1.500€.

Los 493 ancianos que residían en las 22 residencias en el año 2002 eran atendidos por 151 cuidadoras y/o auxiliares, lo que supone un ratio de 3,3 residentes por cuidadora, con un rango entre 4 y 13, según residencias.

Todas las cuidadoras son mujeres, mayoritariamente inmigrantes. La media de antigüedad es de 1.8 años, con un ratio de 6 meses a 4 años de estancia en la misma residencia.

Las cuidadoras realizan tanto atención directa a los residentes no válidos (higiene, alimentación, etc.) como preparación de las comidas y los servicios de limpieza de la residencia.

Todas las residencias disponen de un médico, que presta sus servicios entre 1 y 2 horas a la semana.

Características sociodemográficas y de salud de los ancianos estudiados

Se han estudiado 123 ancianos con historia abierta en el año del estudio, lo que supone el 25% del total de plazas existentes.

La edad media es de 84.4 años, con una DS de 7,4 y un rango entre 63 y 101 años (IC al 95%, 83,5-86,1). Percentiles $P_{25} = 81$, $P_{50} = 84$, $P_{75} = 90$.

El 82,9% son mujeres, de edades más avanzadas que los hombres, no alcanzando significación estadística ($p = 0,07$).

El tiempo medio de estancia en la residencia es de 2 años y 6 meses, con un rango entre 1 mes y 15 años y una DS = 31,36 meses.

El 100% de los residentes están incluidos en el programa de atención al anciano del área; el 99% tiene realizado el test de Barthel; el 73,2%, la escala de Norton; el 99,2%, el test de Barber y el 95,9%, el de Pfeiffer; 97 ancianos están incluidos en el programa de inmovilizados del área, lo que representa el 78,9% de total de ancianos estudiados.

En el 100% de los ancianos está realizada la valoración por patrones funcionales de Salud de M. Gordon; el 61,8% tiene formulado alguna etiqueta diagnóstica, siendo el de-

31 terioro de la integridad cutánea el más frecuente, seguido del deterioro de la movilidad, riesgo de caída o déficit de autocuidado (Figura 1).

En el 98,8% de las historias está registrado uno o más diagnósticos médicos. La media de Diagnósticos médicos de procesos crónicos registrados es de 1,6, siendo los más frecuentes: HTA y deterioro cognitivo. Agrupados por enfermedades. Su distribución se muestra en la Tabla 1.

En cuanto a las complicaciones, el 16,2% (IC al 95% 16,3-16) de los residentes han sufrido en el año 2002 una o más caídas. Todos fueron mayores de 75 años. En el 11,4% la caída tuvo como consecuencia alguna fractura.

El 34,1% ha sido ingresado en el hospital una o más veces en ese año.

Los residentes fueron visitados por la enfermera una media de 9,9 veces al año, con un ratio entre 0 y 154 y una DS = 17,87 (IC al 95% 5,9-12,2).

El 38,2% ha tenido una o más úlceras por presión (UPP), el 9,7% ha tenido más de 3 úlceras simultáneas.

Los productos más utilizados para la cura de las UPP son los hidrocoloides, como se muestra en la Figura 2. La media de fármacos registrados en la historia por anciano es de 3,4, con un rango de 0 a 11 (Figura 3).

El 13% de los ancianos toman medicamentos de baja utilidad terapéutica (UTB), el promedio es de 1.3, los flebotónicos y vasodilatadores cerebrales son los más frecuentes.

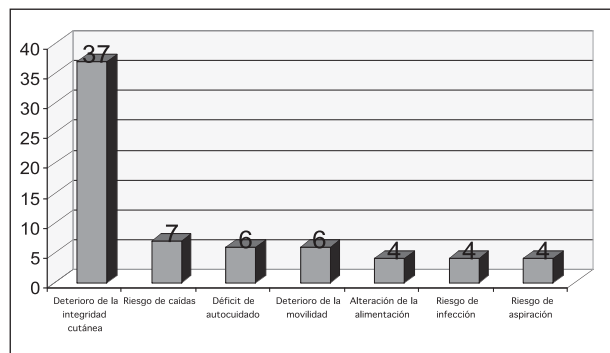


Fig. 1. Etiquetas diagnósticas más frecuentes.

Grupos de enfermedades	n	%
Enfermedades neurológicas	65	31,5%
Enfermedades cardiovasculares	58	28,1%
Enfermedades metabólicas	21	10,9%
Enfermedades del aparato locomotor	16	7,7%
Enfermedades psiquiátricas	13	6,3%
Enfermedades oncológicas	9	4,3%
Enfermedades respiratorias	8	3,8%
Enfermedades gastrointestinales	8	3,8%
Enfermedades hematológicas	3	1,4%
Enfermedades infecciosas	3	1,4%
Enfermedades de aparato urinario	2	0,97%
Total	206	100

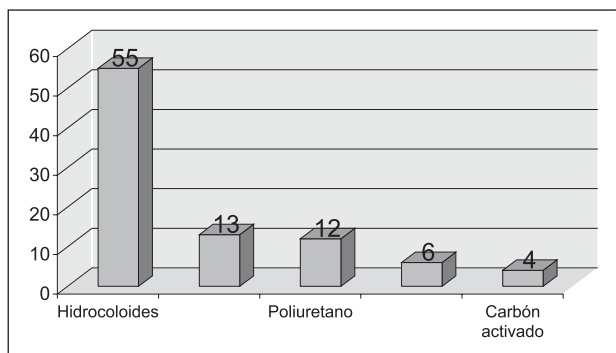


Fig. 2. Productos para el tratamiento de las úlceras.

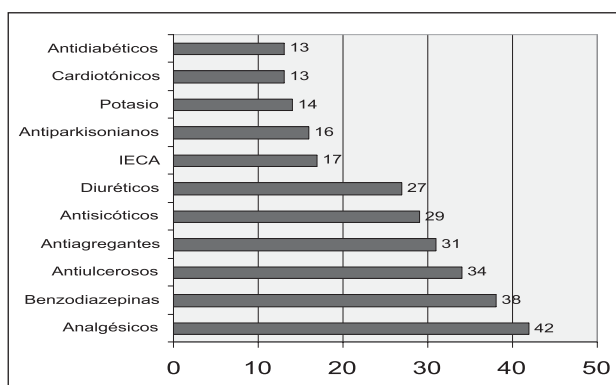


Fig. 3. Fármacos más frecuentes

Se ha analizado el consumo mensual de recetas por residencias, encontrándose una gran variabilidad entre número de plazas y consumo, siendo la media de 6 recetas por anciano, sin contar las recetas de absorbentes (Figura 3).

El 27,9% no vivía al finalizar el año del estudio. De los fallecidos, el 24,8% eran mujeres y el 42,9% eran hombres.

Comparando la edad y la mortalidad durante el año de estudio, se observa que el 25,2% de los ancianos mayores de 75 años no vivía al finalizar el año, alcanzando tal suceso significación estadística $p = 0,039$.

Aquellos que fueron ingresados en alguna ocasión (34,3%) tienen una mayor mortalidad que aquellos que no precisaron ingreso (65,5%), $p = 0,024$. Los ancianos que fueron ingresados por cualquier motivo tienen un riesgo de morir 1.9 más veces que aquellos que no necesitaron ser ingresados.

La mortalidad es mayor en los que tuvieron alguna UPP que en aquellos que no tuvieron, 39,1% frente a 21,1% $p = 0,031$. El riesgo de morir teniendo una UPP es 2 veces más que si no la tuviese (RR = 2,1).

Los pacientes con (UPP) recibieron más visitas de la enfermera que aquellos que no tuvieron úlceras, 47% versus 40,5%, alcanzando esta diferencia significación estadística $p = 0,00000$.

Analizado si las personas que habían muerto recibían un número mayor de visitas de la enfermera que los que vivían al final del periodo de estudio, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas.

No se ha encontrado significación estadística entre las variables (edad, género) y otros factores predictores de fracturas, úlceras, caídas o ingresos.

Actividades que realiza la enfermera comunitaria de soporte

Se han analizado tanto las actividades que realizó la enfermera en el año de estudio como en aquellas que desarrolló en otras residencias de características distintas a las del estudio y a las que también prestan algunos servicios enfermeros de forma estacional y esporádica.

El tiempo medio empleado para su desplazamiento es de 8 a 20 minutos. Lo realiza en su vehículo propio, dado que el centro de salud no dispone de medio de transporte. La media de visitas día está entre 4 y 5. Ver actividades (Tabla 2).

Realizó 40 entrevistas con los distintos directores de la residencia para informales de determinados procesos (campañas de vacunación, gestión de determinados recursos, etc.) y de la salud de los ancianos, así como de las intervenciones que se llevaban a cabo con las cuidadoras.

Además, han realizado 62 intervenciones educativas con cuidadoras, bien para explicar los planes de cuidados concretos, bien para instruir las sobre la correcta aplicación de un procedimiento, cambios posturales, cuidados de una sonda, por ejemplo.

Es responsable de la enfermera gestionar la asignación de cupo para petición de análisis de las 22 residencias, así como los pedidos especiales de material de curas al almacén del área. Asimismo, realiza el control sobre el consumo de tiras reactivas de glucosa y el adiestramiento en el uso de los aparatos medidores de la misma a los ancianos o sus cuidadoras.

Para conocer la opinión de los directores de las residencias y los profesionales del equipo sobre este servicio, se pasó un cuestionario, cuyos resultados mostraron un alto índice de satisfacción.

Tabla 2

Actividades	R. estudio	Otras Residencias
Vacunas de la gripe:		
– Ancianos	511/año	672/año
– Cuidadores	110/año	
Apertura de historias.		
Valoración funcional	123	
Vacunas HB	13/año	31/año
Vacunas TD	50/año	10/año
Curas de úlceras	4,9/día	
Atención de urgencia	41/año	
Extracciones de sangre	1,3/día	183/año
Actividades educativas	1,4/día	
Otras técnicas (sondajes, tapones).		
Administración de medicación	0,7/día	



25 Resultados de la valoración realizada en el equipo de Aravaca

Se han analizado 77 historias incluidas en el Programa de Visita Domiciliaria (VD) del equipo, que cumplan los criterios de inclusión previamente definidos: tener registrada en la historia al menos una VD en el año del estudio.

En relación con los diagnósticos enfermeros, no se ha encontrado registrada ninguna etiqueta diagnóstica en las historias. En cuanto a los diagnósticos médicos, se muestran en la Tabla 3 estructurados por enfermedades.

El grupo de las enfermedades cardiovasculares con la HTA a la cabeza es el más común. En la Figura 4 se presentan los fármacos más frecuentes registrados. Los diuréticos y los analgésicos son los dos grupos terapéuticos más prescritos. Solo se ha encontrado 1 fármaco de UTB. El gasto global que se ha podido constatar imputable a las residencias del estudio se presenta en la Tabla 4.

Tabla 3. Grupos de enfermedades de las VD del equipo

	n	%
Neurológicas	22	17,8%
Cardiovasculares	48	37,5%
Reumatológicas	16	12,5%
Metabólicas	14	10,9%
Aparato Urinario	14	10,9%
Oncológicas	5	3,9%
Psiquiátricas	4	3,1%
Respiratorias	3	2,3%
Hematológicas	2	1,5%
Total	128	100%

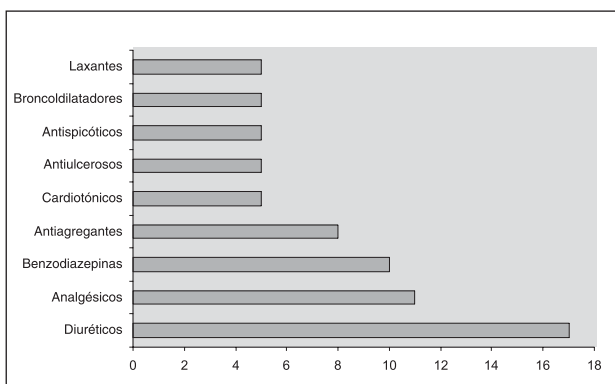


Fig. 4. Fármacos más frecuentes en las VD del equipo.

Tabla 4

Gasto en pañales		87.221,69€
Gasto en tiras reactivas	2.950 tiras (enero 2002)	1.021,55€
Análisis de sangre	686/año	
Pedidos especiales	3/año	
Nº de Recetas	3.185/mes	

CONCLUSIONES

– El perfil del anciano estudiado en el grupo de residencias es el de una mujer con una media de 84 años, dependiente y, aunque no consta en todas las historias el estado civil, lo más frecuente es que fuera viuda y viviera sola (1).

– El análisis de los resultados muestra que, así como es común que las residencias ofrecen atención de podología y de peluquería, no ocurre lo mismo con la oferta de programas que fomenten la actividad física, los servicios de rehabilitación y/o de promoción de la salud. No se realizan actividades culturales y de ocio, más allá de la salas de TV.

– Los ratios de cuidadoras por anciano son bajos, si se tiene en cuenta que más de la mitad de los residentes no son válidos (66,7%), y, por tanto, precisan cuidados más intensivos y complejos.

– Los medios y dispositivos técnicos de ayuda para facilitar la tarea a la cuidadora, así como los medios preventivos y adaptativos, son escasos, si se considera el número de ancianos dependientes.

– El que todas las cuidadoras sean mujeres y sin cualificación indica la exclusividad del género femenino para este tipo de trabajo, compuesto de tareas asistenciales, labores domésticas y de cuidados personales no especializados.

– La enfermera de soporte ha tenido un importante papel de enseñanza y asesoramiento con respecto a estas trabajadoras.

– Cabe resaltar que la gran mayoría de ellas son inmigrantes.

– La metodología de trabajo empleada por la enfermera comunitaria ha hecho visible problemas de salud no tenidos en cuenta antes. La tercera parte de los ancianos estudiados son pacientes inmovilizados, y uno de cada tres tenía riesgo o padecía una úlcera por presión, o tenía riesgo para caerse.

– El número de visitas por pacientes y año varía de 4 a 5, superiores a las que se reflejan en diversos estudios sobre la visita domiciliaria de enfermería, cuya media es de 3,8 (2).

– El que sólo un tercio de los residentes tenga historia de atención primaria se explica, en parte, por los criterios adoptados para la apertura de la misma en el año del estudio: precisar cuidados enfermeros continuados, ser anciano dependiente o mayor de 75 años.

– En más de la mitad de las historias evaluadas (61,8%) está registrada una etiqueta diagnóstica según taxonomía NANDA, lo que se interpreta como la utilidad del lenguaje enfermero, también en esta población, para nombrar los problemas que aborda la enfermera. Sorprende, por el contrario, la ausencia total de los mismos en los ancianos incluidos en el Programa de Visita Domiciliaria (PVD) del equipo.

– Que la etiqueta “deterioro de la integridad cutánea” sea el DE más común en los cuidados enfermeros da cuen-

ta de cuál es la actividad principal de la enfermera. Los residentes que tenían este enunciado diagnóstico fueron los que más visitas recibieron de la enfermera. Esto se explica por las graves consecuencias para la salud y bienestar del mayor de este tipo de lesiones.

– En un estudio realizado en A.P del área 11 de Madrid con usuarios incluidos en el Programa de Visita Domiciliaria, esta etiqueta estaba presente en el 30,5% de los mismos (1).

– Las diferencias encontradas entre el uso de la metodología enfermera en el equipo y en las residencias son muy importantes y requerirían una reflexión profunda sobre este particular. Las enfermeras siguen teniendo dificultades para la aplicación del proceso enfermero.

– La tasa de mortalidad que se observa en los ancianos que sufren úlceras por presión es superior a otros estudios (3), y aunque no se ha demostrado que ésta sea la causa de muerte, sí indica que es una complicación muy frecuente en los ancianos dependientes y más aún en los institucionalizados (4, 5).

– Hay que resaltar que no se ha encontrado ningún enunciado sobre incontinencia urinaria, dolor, soledad, carencias sensoriales o malnutrición, y que sí aparecen reflejados en la literatura científica como algunos de los problemas más frecuentes entre este grupo de población. Los datos sobre complicaciones están dentro de las cifras que señalan otros estudios de esta naturaleza, aunque es difícil realizar comparaciones debido a las características peculiares de este tipo de residencias (1).

– El que la HTA y el deterioro cognitivo sean los problemas de salud más frecuentes, parece expresar, a nuestro modo de ver, dos tipos de poblaciones diferenciadas entre los residentes y que se mencionaba anteriormente, una autónoma e independiente, con problemas de salud crónicos, propios de la edad y otra, la de las personas dependientes, en muchos de los casos debido al deterioro cognitivo producido por distintas enfermedades neurológicas degenerativas.

– En cuanto a la morbilidad registrada en los pacientes incluidos en el Programa de Visita Domiciliaria del equipo, destacan las enfermedades cardiovasculares, con la HTA como la patología más frecuente, seguido del grupo de las enfermedades neurológicas y de los problemas osteoarticulares, y que reflejan algunos de los motivos de inclusión en el Programa de Visita Domiciliaria.

– El análisis de las actividades que realiza la enfermera sugiere que el grueso de las mismas se centra en los cuidados técnicos directos, derivados de las distintas complicaciones que tienen los ancianos.

– Hay que resaltar las actividades preventivas, educativas o gestoras que la enfermera de soporte realiza con los cuidadores y directores de las residencias para hacer posible la continuidad de los cuidados, aunque menos tangibles y medibles, son una parte significativa del quehacer diario.

– Hay que destacar que todos los sujetos estudiados

estaban vacunados frente a la gripe, hecho relevante si se compara con otros estudios (6).

– En cuanto a la prescripción farmacéutica, es sensiblemente diferente entre las residencias y el equipo; en éste son los diuréticos los fármacos más frecuentes, lo que estaría en consonancia con el diagnóstico tan común encontrado de HTA. En el caso de las residencias, son los analgésicos y las bezodiazepinas los grupos más frecuentes; este último es el caso de los ancianos, con riesgo de sufrir caídas (7).

– Las diferencias entre el uso de UTB entre los pacientes incluidos en VD del equipo y las residencias son muy apreciables. Estas diferencias merecerían ser estudiadas.

– No se pueden extraer conclusiones sobre los datos económicos que se reflejan en los resultados; se advierte, sin embargo, que el gasto en absorbentes es importante, aunque no aparezca la IU entre los problemas señalados en las historias de los ancianos estudiados.

DISCUSIÓN

Los resultados parecen apuntar a que muchas plazas son ocupadas actualmente por ancianos dependientes, que precisan otro tipo de cuidados, para los que serían necesarias otras instalaciones acordes con el tipo de residentes, con baños adaptados, espacios sin barreras y cuidadores formados para desempeñar con calidad los servicios que se prestan.

Es necesario que la atención de los ancianos en estas instituciones sea dispensada por personas con algún tipo de formación específica, que repercuta en mejorar la prestación que se da a los ancianos.

Los resultados obtenidos permiten conocer la actividad que desarrolla la enfermera comunitaria, además de servir para adentrarse en un medio mal conocido hasta ahora. Además, estos resultados pueden ser una base para la reflexión sobre la práctica clínica de la enfermera en este medio, proporcionando algunos elementos de juicio sobre el modelo organizativo implantado durante 8 años en esta zona. Parece conveniente estudiar algunos aspectos interesantes que esta evaluación solo ha puesto de manifiesto de forma superficial.

Las metas alcanzadas que pueden resaltarse tras la evaluación se pueden resumir en cinco:

1. La metodología enfermera empleada ha hecho que afloren riesgos y/o necesidades de salud de los ancianos no tenidas en consideración anteriormente.

2. Existe un control y gestión del gasto de material fungible que todos los implicados en el proyecto señalan como resultado directo de la implantación del mismo, aunque este no se ha podido medir de forma directa.

3. Aunque no era objeto del estudio evaluar la repercusión que este servicio podía tener en la calidad de la atención dispensada a los ancianos de las residencias, hay que resaltar que las dos terceras partes de los ancianos inmovilizados tienen historia clínica con una valoración preci-



27 sa de su estado funcional y de salud, y que todos han sido vacunados contra la gripe.

4. La relación institucional entre los directores de las residencias y los miembros del equipo ha mejorado respecto de la situación precedente, debido al trabajo de interlocución y puente que realiza la enfermera de soporte.

Como conclusión final, es obvio, aunque no demostrable, que la intervención de una enfermera exper-

ta en este tipo de instituciones reduce de forma significativa las molestias y el coste que suponen desplazamientos de los mayores a Atención Especializada para resolución de problemas, como desbridamiento de úlceras por presión (UPP), extracción de tapones en los oídos, pruebas diagnósticas, traslado al Servicio de Urgencias para la instalación de una sonda vesical, o una sonda nasogástrica, etc. 35

BIBLIOGRAFÍA

1. Proyecto FIS 99/0414. Coste de las intervenciones enfermeras en los usuarios de atención domiciliar de atención primaria. Madrid 1999.
2. Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto de Salud Carlos III. Visita domiciliar programada de enfermería a personas mayores de 65 años. 2002: 42.
3. Anaya J, Cañas M, Domínguez A, Sepúlveda A, López MP, Moreno S, Bujalance J, Alcalde A, Rodríguez A, Reyes AM, Vallejo J. Estudio Epidemiológico de las lesiones por presión en un hospital público. *Gerokomos* 2000; 11 (2): 102-10.
4. Oltra E. Úlceras por presión y su relación con el final de la vida. VI Congreso INVESTEN. 2002: 121.
5. López Rueda J, Torra i Bou JE, Martínez Cuervo F, Verdú Soriano J, Soldevilla Agreda J. Estudio Nacional de prevalencia de las úlceras por presión en España. Estudio Gneapp-hunteligh-uife 2001. VI Congreso INVESTEN: 163.
6. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Zinder CE, Beck JC. Un poco de luz sobre las sombras de los programas preventivos de atención domiciliar dirigidos a los ancianos. *Gestión Clínica y Sanitaria* 2003; 3 (5).
7. Moreno V, Gómez A, Skurzok H, Nsue DO, Camaño E, García F, Escobar MV, Echegaray C, Bravo E, Carabias F, Álvarez JL. Caídas en una residencia asistida. Estudio de un año de seguimiento. *Gerokomos* 2000; 11 (2): 102-10.