



AMEG

www.amegmadrid.org

REVISTA DE
**ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA**

Nº 13 - Junio 2009

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

Diez años
no es nada

La enfermería
de la vejez:
ayer, hoy
y mañana

Calidad
y calidez:
hacia una
humanización
de los cuidados

Cuidados. Calidad:
**compromiso
del presente**



AMEG

REVISTA DE
ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA

Núm. 13

Junio 2009

ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

www.amegmadrid.org

CONSEJO DE REDACCIÓN
PRESIDENTE
Eduardo Seyller

DIRECTORA
Carmen Berenguer

REDACCIÓN
Eduardo Seyller
Manuel Gil
M^a Teresa Rodríguez
Cristina Fernández
Luis Miguel Novillo
Marilía Nicolás
Antonio Peñafiel
Juan Manuel Cuñarro
Elías Martín

DISTRIBUCIÓN:
En todos los centros de
la Comunidad de Madrid
y este número, en algunos de
México, Colombia, Chile y Argentina

EDITA:
ASOCIACIÓN MADRILEÑA
DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA
Colegio de Enfermería de Madrid
Avda. de Menéndez Pelayo, 93
28007 Madrid
Tel./Fax 91 501 73 61
Correo-e: ameg@amegmadrid.org

DISEÑO Y PREIMPRESIÓN
EDICIONES MARAÑÓN
Tel. 918 921 097

IMPRESIÓN:
Fiselgraf

DEPÓSITO LEGAL
M-29365-2000

El criterio que publicamos en los distintos artículos de este informativo es de exclusiva responsabilidad de sus autores y no expresan necesariamente la opinión que pueda tener la Dirección y el Editor.

SUMARIO

05 DIEZ AÑOS
NO ES NADA
ANTONIO PEÑAFIEL

06 CUIDADOS Y CALIDAD EN LA
ANCIANIDAD GRECORROMANA
ALFONSO LÓPEZ PULIDO

21 VII JORNADA AMEG
CUIDADOS. CALIDAD: COMPROMISO DEL PRESENTE
CARMEN BERENGUER BORT

26 LA ENFERMERÍA DE LA VEJEZ
AYER, HOY Y MAÑANA
J. JAVIER SOLDEVILLA ÁGREDÁ

35 CALIDAD Y CALIDEZ
HACIA UNA HUMANIZACIÓN DE LOS CUIDADOS
JOSÉ CARLOS BERMEJO HIGUERA

46 LA IMPORTANCIA DEL USO
DE REGISTRO DE CALIDAD
CARLOS M^a GALÁN CABELLO

58 LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS
COMO PARADIGMA DE CALIDAD
M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ

66 CALIDAD Y ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO DE
CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN
ANTONIO PEÑAFIEL OLIVAR

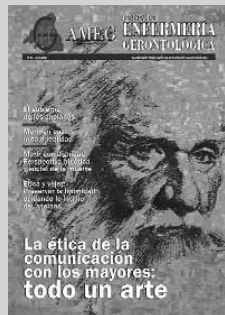
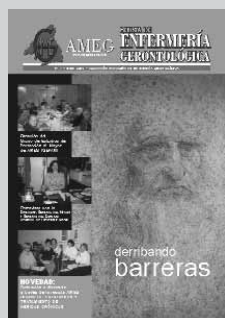
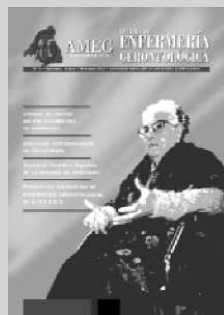
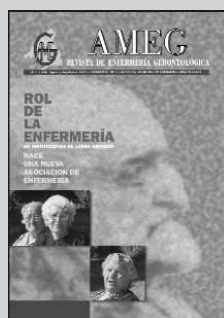
74 TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS CRÓNICAS
INFECCIÓN
MARÍA TERESA SEGOVIA GÓMEZ

79 IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA PREVENCIÓN
Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS
MAITE GUERRA ARABOLAZA

84 EL CUIDADO DEL ENFERMO
EN ATENCIÓN PRIMARIA
MARÍA JESÚS CALVO MAYORDOMO

90 VII JORNADA AMEG
CONCLUSIONES Y GRÁFICOS DE RESULTADOS
CARMEN BERENGUER BORT y M^a TERESA RODRÍGUEZ DÍAZ





NORMAS DE PUBLICACIÓN

de colaboraciones
en la revista

La Revista de Enfermería Gerontológica es un medio de comunicación profesional entre los asociados de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica y publica los trabajos relacionados con la profesión que su consejo de redacción considere relevantes.

Los trabajos pueden ser enviados a la dirección de la Asociación en Avenida de Menéndez Pelayo nº 93, 3ª planta. 28007 Madrid y a la dirección de correo electrónico:

e-mail: ameg@amegmadrid.org

Los trabajos, opiniones, comunicaciones y anuncios, podrán ser enviados a cualquiera de las secciones de la revista: Cartas al director, Formación continuada, Actualidad científica, Gerontología y sociedad, Gestión y recursos para nuestros mayores y Tablón de anuncios.

Los trabajos originales deben ser inéditos y no deben haberse presentado simultáneamente a otras publicaciones. Seguirán las normas de publicación de revistas biomédicas de *Vancouver*.

Una vez aceptada su publicación el trabajo pasará a ser propiedad de la ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA y su reproducción deberá ser autorizada por escrito.

Los trabajos se presentarán impresos en soporte de papel a doble espacio en formato DIN A-4, en castellano, las páginas deberán ir numeradas no pudiendo exceder de 10 folios, incluyendo un resumen no mayor de quince líneas y una lista de palabras clave, de la que se podrá incluir una versión en inglés. También deberá incluirse una versión en formato digital, preferentemente en Word. Las imágenes, tablas y figuras en formato TIFF (resolución 300 dpi) si van insertadas en el texto y para garantizar una reproducción de calidad, es necesario enviar los originales en papel o diapositiva color. En página de título se deberá incluir la sección donde quiere que se publique, el título del artículo, nombre completo del autor o los autores, titulación, centro de trabajo, dirección, teléfono de contacto del autor principal y una fotografía tamaño carnet.

EDITORIAL

Diez años no es nada

Antonio Peñafiel
Socio fundador de AMEG y Primer Presidente
Actualmente Vicepresidente de AMEG

Nuestra AMEG cumple diez años; diez años llenos de lucha, de amistad, de entrega, de solidaridad, de alegría, de pena, de amenazas, de oportunidades, pero que nos ha hecho crecer a todo un grupo de entusiastas por el cuidado y atención a los mayores. Diez años caminando con un mismo lema: «Hacia una ciencia y arte del cuidar digna humana y de calidad para nuestros mayores».

En estos diez años nos hemos consolidado como organización, hemos participado en ese impulso que la profesión enfermera y mucho más la especialidad del cuidado de personas mayores necesita permanentemente, impulso que se fundamenta en el principio de mejorar los cuidados que brindamos a la población de más edad, pero que no deberíamos manejar solo la parte asistencial, sino intentar abarcar esa parte emotiva que a veces nos reclaman los mayores, ya que somos las personas mas cercanas a ellos en el cuidado diario.

En ese sentido hemos participado y colaborado en el desarrollo de la especialidad en Enfermería Gerontológica, junto a nuestra Sociedad madre por edad y por ámbito: La Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEG).

Ahora que la especialidad está a punto de aparecer y que la AMEG cumple sus diez primeros años de vida, me gustaría pedir a nuestros sucesores que, sin duda, antes o después tendrán que llegar, que perdonen nuestros errores, que aprendan de nuestros fallos, que adopten siempre un espíritu crítico y basado en la duda como principio del conocimiento, pero por encima de todo, les pido que respeten a los responsables de nuestra existencia como disciplina y profesión: *Los mayores*.

La AMEG nace con una vocación clara de servicio al profesional y al ciudadano mayor y, en estos años, ha realizado multitud de actividades incidiendo en las mejoras de las prácticas del cuidado del mayor y mejorando así la prestación del servicio que la Enfermería Madrileña otorga al ciudadano.

Como ejemplo nutrido de lo anterior, es el posicionamiento Científico-Técnico que ha realizado en sus *Siete Jornadas*, que se resumen muy bien con el título de la última y recientemente celebrada en el Centro de Tres Cantos de Los Camilos: «Cuidados, Calidad, Compromiso del presente»

Además estamos muy orgullosos de contar con una humilde revista (revista AMEG), que poco a poco y con la ayuda de todos va mejorando, gracias a la brillante colaboración de toda la Junta Directiva, así como a todos los ponentes de nuestras Jornadas y, como no, a la industria farmacéutica, sin cuya colaboración nos sería totalmente imposible.

La revista es nuestra niña bonita. Desde el principio hemos querido cuidarla y, con un gran esfuerzo económico y de contenidos, hemos logrado mantener en papel este ilusionante proyecto que es dejar un legado escrito a la sociedad y, especialmente, a la comunidad Gerontológica.

Hoy en día en que el papel está siendo sustituido por el formato electrónico, nosotros apostamos por mantener este romántico y artesanal objeto, que son las revistas tangibles que llegan por correo convencional. Eso no quiere decir que nos neguemos al progreso y ya la estamos editando en digital para incluirla en la página web.

Quiero recordar a todos los socios que han pasado por la junta directiva de AMEG desde su fundación en el año 1999. Carlos, Óscar, Patricia, Mabel, Nacho, Juliana, Encarna, Ruth, Domingo, y que ahora no están con nosotros, pero que sin lugar a duda pusieron varios ladrillos del gran edificio de AMEG. Son parte de nuestra organización y siempre existirá un hueco donde se ubiquen sus almas.

Me gustaría recordar también, en estas líneas a las que ya hoy es el primer socio de honor de la AMEG: JAVIER SOLDEVILLA. Es para nosotros un honor contar con personas como tú, Javier. Queremos agradecerte todo lo que has hecho por el desarrollo de la profesión, y especialmente por haber fundado la SEEG. Faltaría revista para poder ser justo con todas tus aportaciones y valores profesionales, pero sobre todo quiero destacar

tu gran humanidad, que vas derrochando por todo el territorio nacional e internacional. Querido Javier: sigue así muchos años, pues si no existieras habría que inventarte. No olvides que te necesitamos como profesional y como persona.

Todos y cada uno de los miembros, socios y colaboradores de esta organización construimos día a día canales vocacionales de entrega, que brindan un estilo común de atender a los mayores y que se resume en esta frase: «Todo por ellos, nada en su lugar»

Supone para nosotros un honor y un inmenso placer ayudar a cumplir este proyecto de nuestro colectivo, que se basa en un ambicioso propósito: «Hacer que la sociedad madrileña sea una sociedad integradora donde el respeto al mayor se imponga como paradigma de conocimiento y sabiduría, y donde su cariño y cuidado sea una obligación moral y legal de una sociedad próspera y avanzada como es la sociedad madrileña».

Querida AMEG: para finalizar, quiero dedicarte un poema que sale del corazón y del alma:

Diez años de esperanza

*En Madrid hace diez años,
Se iluminó la Almudena:
¡Hacía un calor sofocante!
¿Qué es lo que está pasando?:
Que en el Madrid de los Austrias,
De La Cibeles, de El Prado;
Una nueva asociación
Ha llegado a nuestras manos.
Parece que es de mayores,
La AMEG así la han llamado.
Con un lema muy clarito:
Hacer ciencia, arte, y cuidado,
Con dignidad, con paciencia,
De aquellos que han generado
La sociedad en la que estamos.
Aquellos los más mayores
Aquellos del pelo cano
Aquellos que se merecen
Un Madrid más solidario.*

Felicidades, querida AMEG, y muchas gracias por estos diez maravillosos años.

Cuidados y calidad en la Ancianidad grecorromana

Alfonso López Pulido

Doctor en Historia. *Universidad Complutense de Madrid*
Licenciado en Filosofía y Letras. *Universidad de Valladolid*
Miembro del GIESHAM. *Universidad de Los Andes*
Profesor Invitado. *Universidad Carlos III de Madrid*
Profesor del IES Carpe Diem (Chinchón)



Introducción

Aunque las distintas definiciones sobre los conceptos de cuidados y calidad de vida en los ancianos son algo reciente, podemos extrapolarlas al mundo antiguo, a Grecia y Roma, a través de la puesta en relieve de distintos testimonios que nos mostrarán los cuidados que se aplicaban, las situaciones que eran consideradas como merecedoras del calificativo de calidad de vida y de cómo entendían que debía ser una buena vejez.

En la Grecia y la Roma de la Antigüedad no existía ninguna institución que se encargara del cuidado de los ancianos. Entre otras cosas porque este concepto no tenía el carácter que nosotros le otorgamos, dado que los ancianos eran adultos de mayor edad y no se conocía nada similar a la jubilación ni tampoco al retiro laboral, porque las personas seguían en activo mientras tuviesen la fuerza necesaria para llevar a cabo su labor. Si el anciano era rico, podía dispensarse una buena y placentera vejez y no dependía de nadie para ello. En cambio, el senecto pobre depende de sus hijos o sus familiares y, si se halla solo, se ve abocado al abismo de la mendicidad, cuando las fuerzas le fallen y no pueda trabajar más. Un claro ejemplo de ello lo encontramos en la Tardorromanidad o Antigüedad Tardía, cuando, ya con la implantación del cristianismo, para la Iglesia, los ancianos no representan un problema concreto, es decir, se considera al hombre y entre los hombres se hallan los enfermos, los desheredados, los huérfanos, las viudas, los pobres, los inválidos, los ancianos, pero sin hacer distinciones de condición, edad o sexo. Por tanto, los problemas específicos que afectan a la vejez no fueron tenidos en cuenta por los autores cristianos, que casi no hablan de la ancianidad. La Iglesia, como institución, les dio asilo en sus monasterios o en sus hospitales, no por su edad sino por su situación necesitada.

Sin embargo, la ancianidad en Grecia tuvo un relativo tratamiento específico y la existencia de cierta preocupación por los progenitores, palpables a través de varios testimonios que demuestran la presencia de un respeto a la senectud. Así, sabemos que, en Atenas, los

que descuidaban a sus padres y no les atendían, podían perder sus derechos cívicos si eran acusados de malos tratos (DEMÓSTENES, XXIV, 103, 106; DIÓGENES LAERCIO, I, 55). Un decreto del legislador ateniense Solón —siglo VI a.C.—, que insistía en la obligación de respetar a los padres de edad avanzada, establecía que: «Si alguno no alimenta a sus padres, que sea privado del derecho de ciudadanía. El mismo castigo para aquél que ha dilapidado los bienes de sus padres (DIÓGENES LAERCIO, *Vida de Solón*, I, 9). En esa línea, en una de sus Cartas, el rétor Libanio (314-393 d.C.), nos dice: «Seguramente haces caso de Solón y mantienes a tu padre después de haber terminado tus estudios.» (II, 137, 3), lo que hace referencia a una ley por la que el hijo tenía obligación de cuidar a su padre, a no ser que éste no le hubiese enseñado un oficio (PLUTARCO, *Vida de Solón*, 22, 1). A ello debemos sumarle lo sostenido por Platón: «los mayores cargados de años son un regalo para los buenos [...] Si alguien en esta ciudad tuviere a uno de sus padres más descuidado de lo debido [...] denúncielo el que sufra tal cosa. [...] Pero en caso de que sean mayores y no dejen de ser negligentes con sus padres y maltraten a algunos. [...] Si alguien fuere encontrado culpable, estime el tribunal lo que debe pagar o sufrir (PLATÓN, *Leyes*, XI, 932 a-c). De igual modo, podía darse también una especie de acusación particular por parte de cualquiera que observase casos de maltrato a los padres (STALLBAUM,

Demóstenes
384 a. C. / 322 a. C.



1860: 311). Epicteto, por su parte, en el siglo II d.C., nos transmite cierta resignación: «En general, los deberes se miden por las obligaciones. Es tu padre: está ordenado que has de ocuparte de él, cederle en todo, soportar que te injurie, que te golpee [...]» (*Manual*, capítulo 30).

Con mucha posterioridad, en el mismo sentido se pronunciaba la legislación del emperador Justiniano, en el siglo VI d.C., que obligaba a los hijos a mantener a sus padres. No obstante, esta situación legal no fue ningún impedimento para que surgiesen los primeros asilos para ancianos, lo cual demuestra, de

nuevo, el incumplimiento de la legislación (BAYNES, 1951:167).

Pese a todo lo expuesto, tenemos constancia de la existencia de numerosas leyes atenienses que insistían en la obligación de respetar a los padres ancianos y, el hecho de que se reiteren con harta frecuencia, nos muestra el escaso respeto del que gozaban (ELLUL, 1961: 44).

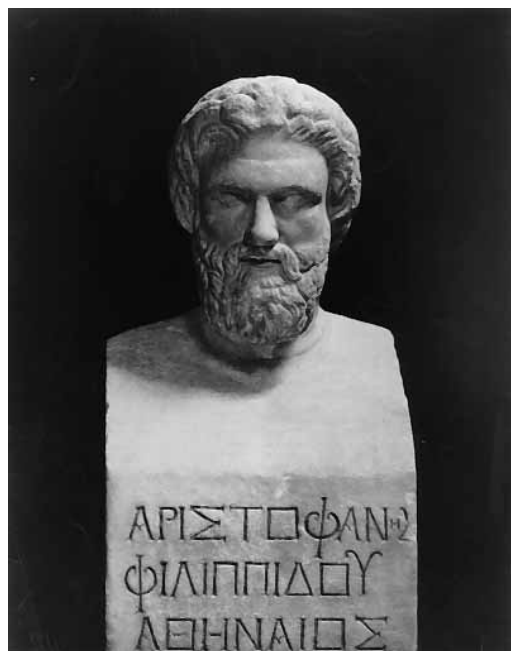
Estas contradicciones, muy propias del mundo helénico, se ven acrecentadas si señalamos la circunstancia de que parece bastante probable que fue en este mosaico griego, donde surgieron los primeros esbozos de establecer legalmente algunos mecanismos para atender a los ancianos necesitados. Así, se dieron algunos casos en los que, en el pritaneo de Atenas, se llevaban a cabo repartos gratuitos de alimentos entre los ancianos que habían prestado servicios a la ciudad, llegándose, incluso, a asistirlos hasta la muerte, pero la prodigalidad en esta medida no se dio siempre: «Los viejos veteranos estamos quejosos de la ciudad, pues no

recibimos de vosotros en la vejez el cuidado merecido por nuestras hazañas guerreras en la mar. El trato que padecemos es indigno, porque deberíamos ser mantenidos por el erario», (ARISTÓFANES, *Los Acarnienses*, vv. 677-679). De forma paralela, Esquines, en uno de sus discursos, hace referencia a los dos óbolos concedidos a los ciudadanos viejos o enfermos. Mucho más tarde, Vitrubio, admirado en su visita a Sardes, habla de: «la casa de Cresos, destinada por los sardianos a los habitantes de la ciudad que, por su edad avanzada, han adquirido el privilegio de vivir en paz en una comunidad de ancianos a la que llaman Gerusía», (VITRUBIO, *Sobre la arquitectura*, III, VIII).

Esta situación asistencial se prolongará en el tiempo y, en el s.V d.C., tenemos noticias de los parabalanos o parabolanos —el vocablo parabolanoi posee el significado de «personas que arriesgan su vida para cuidar a los enfermos», (LIDDELL y SCOTT, 1989:1351)—, miembros de una asociación o congregación no religiosa, pero que estaba al servicio de la Iglesia. Se trataba de un grupo de personas dedicadas, de forma totalmente altruista, a la beneficencia y asistencia a los lisiados, los enfermos, los pobres y los ancianos, a los que solían trasladar a los hospitales (LÓPEZ PÉREZ, 2008:408).

I. ENFERMEDAD Y CUIDADOS

Existe una clara relación entre los cuidados y el ámbito de las enfermedades, ya que, aunque la vejez no constituye por sí misma una enfermedad, suele sufrirlas, debido a la menor resistencia del cuerpo. Según Aristóteles, las enfermedades podían acelerar el proceso de la muerte, de forma tal que los cuidados no la retardaban y sólo hacían más llevadera esta última etapa. Libanio, ya en plena ancianidad, nos deja caer alguna información al respecto sobre la enfermedad y los cuidados: «(198) [...] Y cuando los dolores de las articulaciones —por efecto de la gota que padecía— me hacían sufrir, los placeres de la mesa me resultaban amargos [...]. (200) [...] Lloraba en los baños, pues tomaba baños por



Aristófanes
(444 a.C./385 a.C)

consejo médico. (201) Muchas fueron las manos de médicos que me atendían, incontables los remedios [...] (214) Yo no habría abandonado a mi madre sola y en la necesidad y esa circunstancia no merecía menor consideración por mi parte» (LIBANIO, *Autobiografía*, 198-200; 214). Lucrecio también nos habla de la enfermedad y la vejez: «(630) Como del mismo cuerpo se apoderan / dolor agudo, enfermedades graves, / del espíritu así el espanto y duelo / y molestos cuidados: luego debe / partícipe como él ser de la muerte. / La razón se perturba en las dolencias / Del cuerpo muchas veces: se apodera / del alma la demencia y el delirio: / y a veces un letargo profundísimo / la hunde en su sopor alto y eterno, / (640) los párpados se caen y la cabeza: / ni oye las voces, ni conoce el rostro / de aquellos que llamándole le rodean / derramando lágrimas en el rostro y las mejillas», (LUCRECIO, *De rerum natura*, III, v.v. 630-643). Hipócrates (460-377 a.C.) fue el primero que esbozó las primeras hipótesis médicas sobre el envejecimiento, que reflejaron, con claridad, cómo se trataba de un proceso puramente natural, de índole física e irreversible, a pesar de los muchos cuidados que pudieran aplicarse. Las principales dolencias de la vejez son las dificultades respiratorias, el catarro crónico, la tos, los dolores de articulaciones y de riñones, la apoplejía, los vértigos, los insomnios, los cólicos, el debilitamiento de la vista y del oído y las enfermedades nasales (HIPÓCRATES, *Aforismos*, III, 31).

Por ello, algunos filósofos nunca llegaron a afirmar que la vejez fuese por sí misma algo bueno, limitándose a aceptar su edad mientras tuviesen salud. Esta es la razón por la que Cleantes le dio la siguiente respuesta a un hombre que le reprochó su vejez: «Yo también estoy dispuesto a irme de buen grado, pero cuando me veo disfrutando de buena salud, y capaz todavía de leer y escribir, cambio de opinión y me quedo».

Sin embargo, el pesimismo que vislumbramos, se vio acrecentado en la época romana, cuando el senecto, a punto de morir, no puede atraer la atención de los terapeutas, porque su mal no tiene remedio, en el caso de

que se considere que su única cura es la juventud. Partiendo de esta concepción, algunos teóricos se dedicaron exclusivamente a redactar la lista clínica de sus males más comunes. Este el caso de Celso que, en la época de Augusto, nos indica, en su *De medicina*, lo que ya nos había reseñado Hipócrates, si bien su rasgo original es que aporta algunos remedios para sus cuidados: durante el invierno deben extremar las precauciones, ya que es la estación que sobrellevan peor, mientras que se suelen encontrar mejor durante el verano y a comienzos del otoño; para la vista cansada son aconsejables friegas con aceite de oliva o de miel —aunque esta receta ya la aportaba, pero para los recién nacidos, Sorano de Éfeso, en su *Gynaecologia*, II, 62—; todos los baños

Galeno parte de la idea de que existen dos tipos básicos de enfermedades: las que pueden ser evitadas y cuidadas, que provienen de causas extrínsecas, y las que son inevitables e incurables, cuya causa es intrínseca, puesto que se encuentra en el mismo proceso generativo, y a esta última clase pertenece la vejez. Esta teoría le lleva a afirmar que la vejez no es una enfermedad, dado que ésta es algo que va en contra de la naturaleza, mientras que el envejecimiento es el proceso natural de todo ser vivo.

deben ser de agua caliente y el vino que consuman puro, nunca rebajado (II, 1).

Galeno (131-201 d.C.), en su *De sanitate tuenda*, fue mucho más preciso que sus antecesores y el único que estudió la naturaleza física de la vejez en el Imperio romano, a pesar de que sólo lo haga en algunas líneas perdidas de su amplia obra. Le cabe el mérito de haber expuesto la primera teoría completa del proceso de envejecimiento y ello lo hizo a través de la doctrina de la patología humoral y psicológica. Galeno parte de la idea de que existen dos tipos básicos de enfermedades: las que pueden ser evitadas y cuidadas, que provienen de causas extrínsecas, y las que son inevitables e incurables, cuya causa es intrínseca, puesto que se encuentra en el mismo proceso generativo, y a esta última clase

pertenece la vejez. Esta teoría le lleva a afirmar que la vejez no es una enfermedad, dado que ésta es algo que va en contra de la naturaleza, mientras que el envejecimiento es el proceso natural de todo ser vivo.

Pese a todo, las relaciones enfermedad/envejecimiento eran intensas y por ello debemos resaltar el que, en toda la Antigüedad, se reconocía como motivo serio de suicidio las enfermedades incurables, reprobándose, públicamente, la prolongación de una vida tal por las artes médicas: «[...] las personas enfermas no deben vivir y en ningún caso tener hijos; Asclepio ha enseñado la medicina para los casos en que hay que luchar contra una enfermedad aguda, pero nunca se propuso mantener en una vida larga y penosa mediante prolijos cuidados y ayudas un cuerpo internamente dañado. A un enfermo

...las relaciones enfermedad/envejecimiento eran intensas y por ello debemos resaltar el que, en toda la Antigüedad, se reconocía como motivo serio de suicidio las enfermedades incurables, reprobándose, públicamente, la prolongación de una vida tal por las artes médicas

así no hay que tratarlo médicamente, pues ni para él ni para el Estado es de utilidad alguna... aunque fuera más rico que Midas.» (PLATÓN, *República*, III, 407d.).

Ésta es la razón por la que muchos filósofos decidían poner fin a sus días, en casos de edad avanzada o de enfermedad incurable. El peso de los años hizo que Diógenes, Metrocles, Estilpón, Zenón o Cleantes (DIÓGENES LAERCIO, VI, 95) se suicidaran. Las razones de los dos últimos se debían a que el estoicismo señalaba que era un deber alcanzar la muerte cuando el hombre era aquejado por las dolencias o por la edad.

De igual modo, Eratóstenes, Aristarco o Polemón de Laodicea, se dejaron morir de hambre para no tener que soportar graves enfermedades, sin contar con que todos ellos se encontraban en plena ancianidad. Epicuro, a sus setenta y dos años, no apartándose de su

propia doctrina, que sostenía que debía abandonarse el mundo, como un escenario, cuando las penas fueran insoportables, tras dos semanas de padecimiento de una enfermedad incurable, se suicidó bebiendo vino en un baño de agua caliente.

Testimonios similares los hallamos en Eurípides, Plutarco y Plinio el Joven, de los que se deduce la opinión de que aquéllos que ya de nada sirven, deben cederles el paso a los jóvenes y abandonar esta vida (BURCKHARDT, 2005:687-9).

Así, Séneca opina que el final ya está fijado de antemano y no valen remedios ni paliativos contra el destino:

«21 (4) [...] A cada uno se le ha otorgado una distinta capacidad para vivir. Nadie muere demasiado pronto, porque no iba a vivir más de lo que vivió. (5) Para cada uno hay marcada una linde: siempre permanecerá donde fue colocada y no la moverán más adelante ni el empeño ni el favor. [...] Inútiles son los deseos y los afanes: cada cual tendrá lo que su primer día le asignó» (Consolación a Marcia, 21, 4-5).

De igual modo, también apreciamos la influencia y el peso de la superstición en lo relativo a la edad y las enfermedades: «(1) En muchas memorias de hombres se ha observado y comprobado que para casi todos los ancianos el sexagésimo tercer año de su vida viene con algún peligro y desastre de enfermedad grave del cuerpo, o de fin de la vida, o de una indisposición del ánimo. [...] (3) También la noche pasada, cuando leíamos el libro de Cartas que el divino Augusto escribió a su nieto Cayo [...] en una carta encontramos escrito eso sobre ese año: «[...] espero que alegre y en buena salud hayas celebrado mi sexagésimo cuarto día natal. Como ves, hemos escapado al sexagésimo tercer año, *klimakth* (climaterio) común de todos los ancianos, y ruego a los dioses que, cuanto tiempo nos quede, nos sea lícito pasarlo estando nosotros sanos, [...]» (AULO GELIO, *Noches Áticas*, XV, VII).

Debemos insistir en que esta visión pesimista de la vejez no es sólo un hecho literario, sino que es el espejo de la realidad social, lo cual explica, en parte, el que durante la segunda mitad del siglo I y los comienzos del si-

glo II, la influencia creciente del estoicismo en los grupos sociales dominantes, unida a la desesperación provocada por la soledad y el sufrimiento moral y físico, dio lugar a un auténtico raudal de suicidios entre los ancianos, que recibieron la aprobación y la admiración de la alta sociedad romana (ROCA MELIÁ, 2001:17). Ya Séneca lo había justificado sin paliativos en una de sus Cartas a Lucilio:

«La frugalidad puede prolongar la vejez, que no debemos ambicionar, como tampoco rechazar. Es agradable estar consigo mismo el mayor tiempo posible, cuando uno ha hecho de sí mismo una compañía digna de gozar. Así, pues, emitiremos nuestra opinión sobre este punto: si conviene desdénar los últimos días de la vejez, y no aguardar hasta el final, sino provocarlo con nuestras manos. [...] Con todo investigaremos esto: si la última parte de la vida se compone de heces o de un elemento limpiísimo y purísimo, siempre que la mente esté incólume, y la sensibilidad intacta ayude al alma, y el cuerpo no esté agotado y moribundo. Porque es muy importante saber si es la vida o la muerte lo que uno prolonga. Pero, si el cuerpo es incapaz de sus funciones, ¿por qué no provocar la salida de una alma agotada? [...] Son escasos aquellos a quienes una vejez prolongada condujo hasta la muerte sin afrenta; para muchos su vida languideció inactiva sin ningún provecho para sí. [...] No abandonaré la vejez en el caso de que me conserve íntegro para mí mismo, pero íntegro en aquella parte más noble; por el contrario, si comienza a perturbar mi inteligencia, a desquiciarla en sus funciones, si no me permite ya vivir, sino respirar, saltaré fuera de un edificio descompuesto y ruinoso. No rehuiré con la muerte la enfermedad en tanto sea curable y no perjudicial para el alma. [...] No obstante, si me doy cuenta de que he de sufrir constantemente el dolor, partiré, no por causa de él, sino porque me va a poner obstáculos para todo aquello que motiva la vida. Es débil e indolente quien a causa del sufrimiento decide su muerte, necio quien vive para sufrir» (VI, 58, 32-36).

II. UN MANUAL DE GERONTOLOGÍA: DE SENECA

Dentro de esta cuestión de los cuidados y la calidad de vida, sobresale, por su carácter,

la obra de Cicerón, Cato Maior —Catón el Viejo—, aunque a la posteridad pasó con el título explicativo que le dieron Valerio Máximo y Plutarco: *De senectute* (*Sobre la vejez*).

Este libro fue escrito cuando su autor contaba ya 62 años, dos antes de morir. Y es importante por varias razones que vamos a exponer. Así, la mayor parte de las reflexiones que aporta son de una gran modernidad. A pesar de no ser, ni pretender serlo, un texto médico, recoge elementos y recomendaciones no sólo muy actuales, sino también escasamente atendidas por muchos de los que escribieron sobre estas cuestiones en los siglos posteriores, lo que nos puede llevar a pensar que Cicerón constituye quizá el primer antecedente histórico de la gerontología social. También nos encontramos ante el único texto de la época romana íntegramente dedicado a la vejez y en el que se muestran dos ideas fundamentales: la de luchar por una vejez más saludable y la de difundir el cómo hacerlo (RIBERA CASADO, 2001:14). Estas dos ideas, han dado lugar a que esta obra haya constituido un referente histórico para buena parte de los autores que se han ocupado de la vejez con la intención de minimizar todos los problemas propios de esta etapa de la vida, ya que nos transmite una serie de mensajes que tienen como objetivos los de mejorar la calidad de vida del anciano, evitarle sufrimientos y permitirle llevar a cabo una vida más plena en todos los sentidos. Por ello, se observa en este tratado una voluntad pedagógica, con carácter de texto educativo, siendo sus recomendaciones perfectamente aceptables en la praxis gerontológica actual, lo cual queda plasmado, cuando los protagonistas manifiestan: «[...] pudiéramos aprender de ti antes con qué argumentos nos sería más fácil soportar una edad que ya va haciéndose notar», (CICERÓN, *Sobre la vejez*, II, 6). Asimismo, incorpora comentarios, recomendaciones y ejemplos relativos a la salud desde una perspectiva que se nos presenta como una apología de la propia vejez, destacando sus ventajas y las posibilidades de alcanzarla y vivirla en las mejores condiciones de felicidad. El carácter apologético se centrará en rebatir la noción, aún presente en nuestros días, de que

Nos encontramos ante el único texto de la época romana íntegramente dedicado a la vejez y en el que se muestran dos ideas fundamentales: la de luchar por una vejez más saludable y la de difundir el cómo hacerlo (RIBERA CASADO, 2001:14). Estas dos ideas, han dado lugar a que esta obra haya constituido un referente histórico para buena parte de los autores que se han ocupado de la vejez con la intención de minimizar todos los problemas propios de esta etapa de la vida, ya que nos transmite una serie de mensajes que tienen como objetivos los de mejorar la calidad de vida del anciano, evitarle sufrimientos y permitirle llevar a cabo una vida más plena en todos los sentidos.

Asumiendo que el envejecimiento se asocia a una cierta pérdida en la condición física, el anciano deberá adaptarse a llevar a cabo otro tipo de actividades o dedicarse a otra cosa. Y esta cuestión podemos relacionarla con la actitud de algunos filósofos, que permanecieron activos durante bastantes años y supieron enfrentarse a los problemas que surgen a edades avanzadas, de forma tal que no cayeron en la inactividad y continuaron con sus ocupaciones habituales. Es más, algunos llegaron incluso a teorizar sobre la senectud en obras que no se nos han conservado:

Libro de la longevidad, de Flegonte, *El Antímaco* o *Los ancianos*, de Fedonte, o las dos obras tituladas *De la vejez*, de Teofrasto y de Demetrios de Falero.

ancianidad y enfermedad deben entenderse como términos sinónimos y en combatir la idea fatalista de que las limitaciones inherentes a la edad, presuponen una barrera insuperable a la hora de conseguir una buena calidad de vida. Este propósito optimista que guía toda la obra aparece ya desde el inicio: «Mi intención es liberarte [...] de la vejez inminente» (I, 2).

El libro se estructura en torno a cuatro grandes apartados que encierran todo aquello que, a su juicio, «hace parecer miserable la vejez», mencionando, a modo de ejemplo, una serie de elementos que tienen que ver directamente con lo que hoy llamaríamos pérdidas ligadas al envejecimiento fisiológico, así como multitud de consejos, muchos de los cuales pueden perfectamente ser incluidos en cualquier manual actual de educación gerontológica (RIBERA CASADO, 2001:25).

Sin embargo, el diálogo comienza señalando que Catón es una excepción, pues en la vida corriente los ancianos son desgraciados y la vejez que nos muestra es una senectud ideal: la edad proveya de un rico y culto propietario, de buena salud, conocido y honrado, imbuido de la más alta filosofía para todos sus actos:

«[...] suelo admirar, Catón, [...] el que nunca me diste la sensación de que para ti fuese pesada la vejez, cuando para la mayoría de los ancianos es tan odiosa que dicen soportar una carga más pesada que el Etna» (II).

Pero Catón piensa que los que critican la senectud no son muy juiciosos, puesto que la mejor opción es saber aceptar con buen ánimo todas las edades de la vida, viendo lo positivo que tienen cada una de ellas:

«[...] la culpa no está en la edad sino en las costumbres. Pues los ancianos moderados, no exigentes y de buen carácter, pasan una vejez tolerable; en cambio, el fastidio y el mal carácter resultan molestos a cualquier edad [...]» (III).

Todo este comienzo representa una recuperación de Platón y, en particular, del discurso de Céfalo en la *República* (329 a-d; LÓPEZ PULIDO, 2005:10-11):

«Pues bien, cuando lo medito en mi interior, encuentro cuatro motivos por los que la vejez puede parecer miserable. El primero porque aparta de las actividades, el segundo porque debilita el cuerpo, el tercero porque priva de casi todos los placeres, el cuarto porque no está lejos de la muerte» (V).

Rebate la idea de que la ancianidad hace desaparecer la actividad:

«La vejez aparta de las actividades. ¿De cuáles? [...] ¿Es que no hay actividades propias de la ancianidad que se realizan con la mente, a pesar de estar débiles los cuerpos [...] “Ya, pero la memoria disminuye”. Estoy de acuerdo, si no la ejercitas o si es que eres lerdo por naturaleza. [...]» (VI-VII), y para hacerlo se centra en torno a un concepto tan moderno como destacado en la actualidad por los estudiosos de los cambios psicológicos relacionados con el envejecimiento, como es el concepto de adaptación. Así, asumiendo que el envejecimiento se asocia a una cierta pérdida en la condición física, el anciano deberá adaptarse a llevar a cabo otro tipo de actividades o dedicarse a otra cosa. Y esta cuestión podemos relacionarla con la actitud de algunos filósofos, que permanecieron activos durante bastantes años y supieron enfrentarse a los problemas que surgen a edades avanzadas, de forma tal que no cayeron en la inactividad y continuaron con sus ocupaciones habituales. Es más, algunos llegaron incluso a teorizar sobre la senectud en obras que no se nos han conservado: *Libro de la longevidad*, de Flegonte, *El Antímaco* o *Los ancianos*, de Fedonte, o las dos obras tituladas *De la vejez*, de Teofrasto y de Demetrios de Falero.

Partiendo de que es plenamente consciente de que con el envejecimiento la memoria se debilita, resalta la necesidad de ejercitarla —con lo que coincide con las recomendaciones de los psicólogos, geriatras, neurólogos o psicólogos actuales— y, por ello, más adelante dará unos consejos para que sean mínimas las consecuencias de su deterioro: «[...] recuerdo por la noche lo que cada día he dicho, oído o hecho» (XI, 38). Pero, de la misma manera, insiste en que el anciano también debe mantenerse activo físicamente, ya que para él, y en

ello coincide con todos los expertos de nuestros días, ésta era una de las principales recomendaciones para tener una buena vejez. Para justificar esta toma de postura, le resta importancia al valor de las pérdidas que tienen lugar durante el envejecimiento en cuanto a la capacidad física e introduce una serie de elementos de lo que podríamos denominar como factores de riesgo o geriatría preventiva, a través de los que detalla cómo debe lograrse:

«Hay que aprovecharse de lo que hay y, hagas lo que hagas, hacerlo según tus fuerzas. [...] ¿Qué tiene de extraño en los ancianos si alguna vez están enfermos, cuando ni siquiera los jóvenes pueden escapar de ello? [...] Es preciso llevar un control de la salud, hay que practicar ejercicios moderados, hay que tomar la cantidad de comida y bebida conveniente para reponer las fuerzas, no para ahogarse. Y no sólo hay que ayudar al cuerpo, sino mucho más a la mente y al espíritu. [...]» (IX-XI).

De esta forma, enlaza con lo que más tarde afirmarían Juvenal: la longevidad es consecuencia de los buenos hábitos alimenticios, del ejercicio físico y de los baños y de las uncciones de aceite, ya que la salud del alma y la del cuerpo están estrechamente unidas: «mens sana in corpore sano» (JUVENAL, X, 356). Por último, a la hora de tratar la muerte, Cicerón vuelve a sorprendernos con unos argumentos claramente optimistas, pues de nuevo asoma su postura positiva, ya que busca, ante todo, una aceptación de lo inevitable y no una mera resignación. Sus opiniones pueden valerlos, en nuestros días, para que la muerte no sea una obsesión en nuestros ancianos, ya que aquélla siempre está junto al ser humano desde el momento de su nacimiento y hay que ir preparándose para su llegada, contentándose, al menos, con el hecho de que el anciano ha vivido mucho y puede retirarse satisfecho. Así, hay que estar orgulloso de haber llegado a viejo, porque no hay nada vergonzoso en serlo y porque, gracias a ello, no se ha convertido uno antes en cadáver (ALBA, 1992:9):

«Queda la cuarta causa, la que más parece angustiar y tener en vilo a los de nuestra edad, la cercanía de la muerte, que ciertamente no puede estar lejos de la vejez. [...] Aunque ¿quién es tan necio, por más

que sea joven, que tenga por cierto que va a vivir hasta el atardecer? [...] Pero el joven espera que va a vivir mucho tiempo, y esto un anciano no puede esperarlo. [...] Esta esperanza no la tiene el viejo y por ello está en mejor condición que el joven, puesto que lo que éste espera aquél lo ha conseguido ya: éste quiere vivir mucho, aquél ya vivió mucho» (XIX).

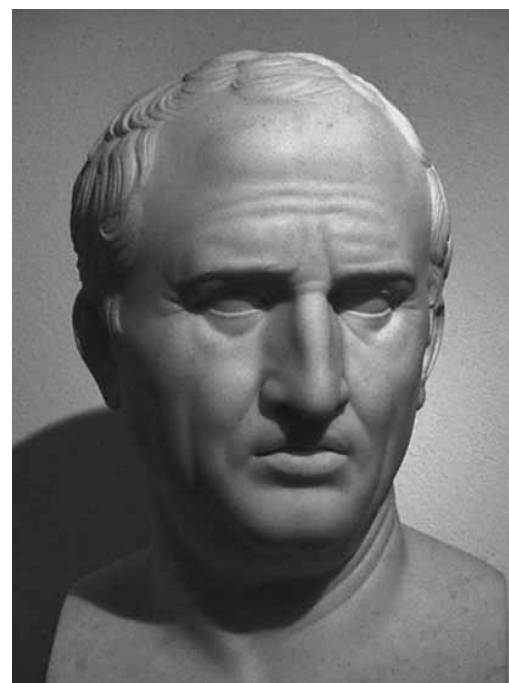
Aún añade otra cuestión que entra de lleno en lo que hoy podemos denominar como capacidad funcional y calidad de vida, ya que la actividad debe persistir y el anciano no debe sumirse en la apatía y en la inacción:

«No hay ningún término cierto de la vejez y se vive bien en ella mientras puedas desempeñar y cumplir con las obligaciones de tu trabajo y despreciar a la muerte. De lo cual se deduce que la vejez es incluso más animosa y fuerte que la juventud» (XX).

La obra finaliza de esta forma:

«Por todas estas razones, [...] la vejez me resulta ligera y no sólo no me es molesta sino que es, incluso, agradable. [...] Si no vamos a ser inmortales, es deseable, por lo menos, que el hombre deje de existir a su debido tiempo. Pues la naturaleza tiene un límite para la vida, como para todas las demás cosas. La vejez es el último acto del drama de la vida, de cuyo agotamiento debemos huir sobre todo si esto se añade a la hartura» (XXIII).

Este breve tratado muestra un gran esfuerzo por resaltar todo lo más positivo que puede hallarse en la edad proveya, haciendo hincapié en que los ancianos deben centrarse en cultivar todas aquellas actividades que les sean placenteras y que les hagan afrontar, en las mejores condiciones, esa edad tan denos-



Marco Tulio Cicerón
106 a. C. / 43 a. C.

tada y caracterizada con tintes negativos. Cicerón muestra las pautas para lograr la integración de los viejos, superando la marginación y recordándonos lo necesarios que son la consideración y el respeto. Por ello, no podemos poner en duda que si tenemos en cuenta la senda por él trazada, es posible que no logremos añadir muchos años a nuestra vida, pero sí aportaremos bastante vida a nuestros años (RIBERA CASADO, 2001:32).

III. MODELOS DE CALIDAD DE VIDA

A la hora de tratar cómo era entendida la calidad de vida en el mundo antiguo, es llamativo que nos encontremos con que existen dos posturas opuestas: la que ejemplifican

Platón, en numerosos pasajes de la República o de las Leyes, manifiesta que el gobierno debe estar en manos de los filósofos y los ancianos, pero que, cuando lleguen a un alto grado de deterioro físico, deben retirarse y prevé lugares de descanso y de cuidados, acompañados de baños calientes.

los autores griegos —tenemos los ejemplos de Platón, Plutarco o Epicteto— y la que sostienen los romanos —casos de Ovidio, Séneca o Plinio el Joven—. Así, para los primeros, el anciano debía mantenerse, hasta el fin de sus días, entregado de lleno a sus ocupaciones, sobre todo las de tipo político, sin dejar lugar para el descanso. En cambio, los romanos se decantaban por considerar que, una vez entrados en la senectud, lo mejor era retirarse y disfrutar plácidamente. No obstante, tenemos un caso especial, el de Cicerón, cuya opinión es similar a la de los griegos y así lo manifestó en su *De senectute*, como acabamos de ver y, además, Plutarco, en su *Vida de Cicerón*, 40, 3, cuenta que el estadista romano, excluido de la vida política, decía de sí mismo que llevaba una vida de Laertes —el anciano padre de Ulises,

que se negó a tomar parte en la guerra de Troya alegando su avanzada edad—.

Platón, en numerosos pasajes de la República o de las Leyes, manifiesta que el gobierno debe estar en manos de los filósofos y los ancianos, pero que, cuando lleguen a un alto grado de deterioro físico, deben retirarse y prevé lugares de descanso y de cuidados, acompañados de baños calientes.

En una línea muy similar, Plutarco defendía con vehemencia la necesidad de que los ancianos que han desarrollado una carrera política, continúen sirviendo al estado hasta el límite de las fuerzas físicas y mentales, ya que consideraba, al igual que muchos de sus coetáneos, que el abandono de esta dedicación era una auténtica traición a la propia vida y la ciudad. La importancia que le da a estas cuestiones queda plasmada en una de sus obras, *Sobre si el anciano debe intervenir en política*:

«(783F) envejecen aún menos los intereses sociales y políticos, que persisten en las hormigas y las abejas hasta el final. Nadie ha visto una abeja convertida en zángano por efecto de la edad, según algunos pretenden que los políticos, cuando empieza su declive físico, se queden en casa inactivos y arrinconados, dedicándose a comer y a ver cómo su capacidad de acción va siendo corroída por la inactividad, como el hierro por la herrumbre. (784-A) Catón decía que a las muchas calamidades propias de la vejez no hay que añadir voluntariamente la vergüenza del vicio. De los muchos vicios que hay ninguno deshonor más a un viejo que la pereza, la cobardía y la debilidad, cuando dejando las funciones públicas se refugia en la vida doméstica propia de las mujeres o en el campo para vigilar a sus cosechadoras y segadores. [...] (788 A) Igualmente resulta solemne la contemplación de un anciano que habla, actúa y es objeto de honores, pero el que pasa el día en la cama o sentado en un rincón del pórtico diciendo tonterías y sonándose los mocos es digno de desprecio. [...] (791D) Los que ponen como pretexto las enfermedades o la debilidad, censuran más la enfermedad y la incapacidad física que la vejez. Porque también hay jóvenes enfermizos y viejos robustos, de tal modo que no se debe rechazar a los viejos, (E) sino a los incapaces, ni se debe llamar a los jóvenes, sino a los capaces».

En este fragmento pueden observarse las concomitancias con Cicerón, reforzadas, además, con el hecho de que algunas de estas ideas ya fueron vertidas por el propio Plutarco en su *Vida de Catón el Viejo*, 35. También Platón (*Timeo*, 89e), nos hablaba, de forma parecida, del empobrecimiento del alma ociosa.

El párrafo siguiente entra de lleno en la gerontología preventiva, puesto que insiste en la necesidad de hacer ejercicio, pero de una forma moderada, huyendo de la tendencia actual al acumulo de actividades lúdico-festivo-deportivas: yoga, *tai-che*, gimnasia/gimnasio, caminatas interminables, aeróbic... Igualmente, también previene sobre los casos de políticos cargados de años y aquejados de múltiples dolencias que se niegan a abandonar el poder:

«793-B [...] Pues no se nos ocurre dejar los cuerpos totalmente inactivos y sin ejercicio [...] practicando ejercicios pasivos (mecerse en columpios o literas), paseos y, como algunos, el juego de pelota de forma moderada y la conversación, se activa la respiración y se reaviva el calor vital. No nos quedemos viendo cómo nos volvemos completamente torpes y congelados por la inactividad, (C) pero tampoco obliguemos a la vejez, cargándonos de todo tipo de magistraturas y aferrándonos a todo tipo de empresas políticas».

Y para finalizar con Plutarco, merece reseñarse el siguiente fragmento, puesto que resume su pensamiento acerca de los cuidados, asistencia y preocupación que les debemos a los ancianos:

«(792-E) Si tuvieras como padre a Titono, que era inmortal, pero que por su ancianidad necesitaría de forma continuada de muchísimos cuidados, no creo que tú lo rehuyeras ni te negaras a cuidarlo, a hablarle y a prestarle ayuda con la excusa de que ya habías realizado esos servicios durante mucho tiempo».

Frente a las posturas moderadas de Platón y Plutarco, el estoico Epicteto, a comienzos del siglo II, con casi ochenta años, fue más lejos aún, al manifestar que el hombre debía desempeñar imperturbablemente su papel hasta el final, cualquiera que fuese su estado.

El mundo romano, alumbrará otra opinión de cómo debe vivirse la ancianidad, aunque vamos a ver algunos matices distintivos.

Así, Ovidio, desterrado por Augusto, se cansa de esperar en las orillas del mar Negro y lamenta no poder conocer una vejez apacible:

«Ahora era cuando, una vez puesto fin a mis trabajos, debería vivir sin que me inquietara ningún temor, disfrutar de los ocios que siempre agradaron a mi espíritu, hallarme a gusto en medio de mis aficiones, vivir en mi pequeña casa y entre mis viejos Penates, y en los campos paternos que ahora carecen de dueño; y envejecer tranquilo en el regazo de mi esposa, con mis queridos amigos y en mi patria» (Tristes, IV, 8, vv. 5-12).

Frente a las posturas moderadas de Platón y Plutarco, el estoico Epicteto, a comienzos del siglo II, con casi ochenta años, fue más lejos aún, al manifestar que el hombre debía desempeñar imperturbablemente su papel hasta el final, cualquiera que fuese su estado.

Por su parte, Plinio el Joven nos transmite en sus *Cartas* el ejemplo de una vejez apacible, confortable, activa y prudente, sin excesos: la de su amigo Espurina, quien, a los setenta y siete años, tras haber ejercido distintos cargos políticos y militares, se había retirado a sus posesiones:

«[...] en mi vejez, si el destino me permitiese llegar a ella, no quisiera imitar a nadie antes que a él. No hay en efecto nada mejor planificado que aquella manera de vivir. [...] Por la mañana permanece en la cama durante una hora, a continuación pide las sandalias y recorre a pie una distancia de tres millas para ejercitar tanto su cuerpo como su espíritu. Si le acompañan algunos amigos, mantiene con ellos conversaciones muy eruditas; si no, se hace leer algún libro. [...] Después sube a un carruaje, acompañado de su esposa, un singular ejemplo pa-

ra su sexo, o de alguno de sus amigos, como de mí mismo recientemente. ¡Qué agradable, qué dulce retiro! ¡Qué hechos, a qué grandes hombres escuchas! ¡De qué grandes principios te imbuyes! [...] Después de un recorrido de siete millas, hace a pie una milla más, luego se sienta otra vez o se retira a su habitación y a su escritura. Escribe, en efecto, en latín y griego cultísimas poesías líricas [...]. Cuando se le anuncia la hora del baño [...], da desnudo un paseo al sol, si no hace viento. Después juega a la pelota con ardor y durante mucho tiempo, pues también combate la vejez con este tipo de ejercicio. Después del baño se acuesta un rato [...]; entretanto escucha mientras alguien lee alguna cosa más trivial y agradable. [...] El resultado es que Espurina ha conservado a los setenta y siete años intactos el sentido de la vista y el oído; además, un cuerpo ágil y lleno de vigor y de la vejez tan sólo la prudencia. Ésta es la vida a la que yo aspiro en mis votos y mis pensamientos, y a la que llegaré con la mayor alegría, tan pronto la consideración de mi edad me permita tocar a retirada» (III, 1, 2-12).

Vemos, pues, una valoración positiva, la de la vejez como plácido retiro después de una vida ajetreada y plena de múltiples ocupaciones, el merecido descanso. Y, en esa misma línea, nos habla del retiro de Pomponio Baso:

«(1) Me ha causado una gran alegría el saber por amigos comunes que planificas y pasas el tiempo de tu retiro de un modo adecuado a tu natural sabiduría: vives en un lugar muy agradable, haces ejercicios físicos ahora en la playa, ahora en el mar, mantienes frecuentes charlas, asistes a lecturas públicas, lees con frecuencia, y aunque tus conocimientos son muy amplios, sin embargo, aprendes algo nuevo cada día. (2) Ésta es una forma correcta de envejecer un hombre que ha desempeñado las más amplias magistraturas, dirigido ejércitos, y que se ha dedicado por entero al servicio del Estado tanto tiempo como era conveniente. (3) Pues debemos ofrecer a nuestra patria la parte inicial y central de nuestra vida, pero los últimos años deben ser para nosotros mismos, como aconsejan las mismas leyes, que permiten a los ancianos disfrutar de la vida privada» (IV, 23, 1-2).

En un modo similar, Séneca defiende, en sus *Epístolas morales a Lucilio*, su derecho al

retiro y habla, a sus 63 años, largamente de la vejez:

«Démosle [a la vejez] un abrazo y acariciémosla; está llena de encantos, con tal que sepamos servirnos de ella. La fruta es muy sabrosa cuando está terminando la cosecha. El final de la vida ofrece el máximo atractivo. [...] Es gratis la edad que ya declina, pero aún no se desploma, y pienso que aquélla que se mantiene aferrada a la última teja tiene también su encanto» (I, 12, 4-5).

Y en esto coincide con Cicerón:

«En cambio, se alaba la fortuna de quienes mueren a edad avanzada. (94) ¿Por qué? Pues, en mi opinión, si se nos concediera una vida más larga, a nadie le podría ser más agradable. En efecto, nada seguramente hay más dulce para el hombre que la sabiduría, la cual sin duda viene con la vejez, aunque nos anule todo lo demás. Mas, ¿qué es una vida larga o qué cosa es en general larga para el hombre? [...] Pero, como no tenemos nada más allá de la vejez, a esto lo llamamos largo» (CICERÓN, *Debates en Túsculo*, I, XXXIX, 93-94).

También repite una idea enunciada ya en su tratado *De brevitae vitæ*:

«(2) [...] No hemos de preocuparnos de vivir largos años, sino de vivirlos satisfactoriamente; porque vivir largo tiempo depende del destino, vivir satisfactoriamente de tu alma. La vida es larga si es plena; y se hace plena cuando el alma ha recuperado la posesión de su bien propio y ha transferido a sí el dominio de sí misma. (3) ¿De qué le sirven a ese hombre ochenta años transcurridos en la inactividad? Es que no ha vivido, sino que se ha demorado en la vida, y no ha muerto tardíamente, sino lentamente. "Ha vivido ochenta años" Importa saber desde qué día comienzas a contar su muerte» (XV, 93, 2-3).

Séneca cree que, separado de los cargos públicos, retirado, puede ser útil a sus contemporáneos y a la posteridad, y, de esta forma, resuelve la aporía entre la vida activa y la contemplativa, puesto que, cuando ya no es posible la participación en los asuntos públicos, debemos dedicarnos a que nuestro trabajo en soledad redunde en un beneficio común:

«Me escondí y cerré las puertas con el fin de poder ser útil a muchos. Ningún día transcurre para mí inactivo; reservo al estudio parte de la noche; no me entrego al sueño sino que me rindo a él y trato de mantener despiertos los ojos fatigados por la vigilia y que desfallecen en la brega. (2) Me he apartado no sólo de los hombres, sino de los negocios y principalmente de mis negocios: me ocupo de los hombres del futuro. Redacto algunas ideas que les puedan ser útiles; les dirijo por escrito consejos saludables, cual preparados de útiles medicinas, una vez he comprobado que son eficaces para mis úlceras, las cuales, si bien no se han curado totalmente, han dejado de agravarse. [...] (5) Mantened, por lo tanto, esta sana y provechosa forma de vida: que concedáis al cuerpo sano cuanto es suficiente para la buena salud [...]» (I, 8, 1-5).

Nuestro esfuerzo debe dirigirse también a que continuemos estudiando:

«Escucho a un filósofo [...]. “¡A buena edad!”, me dirás. Y ¿por qué no es buena? ¿Qué mayor torpeza que la de no aprender porque se ha estado largo tiempo sin aprender? (2) Pues, ¿qué? ¿Obraré de igual modo que los pisa-verdes y los jóvenes? Buen trato se me da si es éste el único desdoro de mi vejez. Esta escuela admite a hombres de toda edad. “¿Hemos de envejecer para ir así al ritmo de los jóvenes?” Viejo como soy iré al teatro, me haré conducir al circo, y ninguna pareja combatiré sin mi asistencia; ¿y me avergonzaré de acudir a las clases de un filósofo? (3) Hay que aprender todo el tiempo que dure la ignorancia; durante toda la vida, si damos crédito al proverbio, el cual no se aplica a ningún otro asunto con más exactitud que a éste: hay que aprender la manera de vivir durante toda la vida. Con todo, en la escuela enseño tam-

bién algo. ¿Me preguntas qué enseño? Que hasta un viejo tiene que aprender» (IX, 76, 1-3).

Casi cuatrocientos años después, ya en el ocaso de la Antigüedad Tardía, aparece de nuevo esta cuestión en una carta dirigida a san Jerónimo en el 415, por san Agustín, que, con sesenta y un años, declara también:



«Aunque tengáis muchos más años que yo, es un anciano el que se dirige a vos para consultaros. Pero nunca se es demasiado viejo cuando se trata de aprender lo necesario; pues si es mejor para un anciano enseñar que aprender, vale más, sin embargo, aprender que ignorar lo que se enseña» (S. AGUSTÍN, *Obras*, T. XI, Carta número 166).

Y con este testimonio cerramos el largo camino abierto por Solón, en la Atenas del siglo VI a.C., cuando decía que a los setenta años envejecía aprendiendo.

En otro orden, Séneca, partiendo de su propia experiencia de perpetuo enfermo, también nos va a aconsejar que, para mejorar la salud y llegar hasta la senectud, son muy necesarias una vida frugal y la práctica de ejercicios gimnásticos:

«(2) Así, pues, cultiva principalmente esta salud [la intelectual], y en segundo lugar la del cuerpo, que no te costará gran esfuerzo si deseas encontrarte bien. [...] La abundancia de alimentos impide la agudeza mental [...] (4) Existen ejercicios fáciles y cortos que rinden el cuerpo al instante y ahorran tiempo, del que hay que llevar una cuenta especial: la carrera, el movimiento de manos con algún peso, el salto ora de altura, ora a distancia [...] Escoge la práctica sencilla y fácil de cualquiera de éstos» (II, 15, 2-4).

Y, ya para finalizar, es ejemplar el siguiente comentario sobre el descuido de la apariencia física y los vestidos, si uno quiere conservar a sus amigos: «Hay que velar por la propia vejez tanto más cuidadosamente si sabemos que eso es agradable, útil o deseable a los ojos de una persona que nos es querida. Hay que abandonar las ambiciones políticas o las económicas y buscar la tranquilidad, renunciar a la búsqueda de honores y anteponer el descanso a todo lo demás», cuestión que, además, la podemos relacionar con la opinión de Homero, transmitida a través de Ulises, que le reprocha a su padre su descuido:

«(226) Solo, pues, en el rico viñedo encontróse a su padre / que acollaba una vid; una túnica sucia vestía / de mal ver, con zurcidos; en torno a las piernas llevaba / malas grebas de buey por miedo a rasguños y heridas / (230) y en la manos golubas, reparo de espinos; cubríase / con un pellejo cabruno. [...] / Una vez que lo vio el divinal pacientísimo Ulises / de vejez consumido y tomado de pena [...] / (244) “No hay en ti, buen anciano, ignorancia de cómo se cuida / (245) tal plantío, mas bien la labranza conoces de todo, / del arbusto, la higuera, la vid, el peral, el olivo, / las legumbres, y así nada está descuidado en tu huerto; / pero voy

otra cosa a decir, no te irrites por ello. / Quien no está bien cuidado eres tú; pues a un tiempo te agobia / (250) la vejez, te ves sucio y te ciñes de malos vestidos; [...] A hombre tal le conviene, después de bañado y comido, / (255) descansar blandamente, que es esa la ley de los viejos” [...] / (365) Entretanto, al egregio Laertes la sierva / siciliana bañó en la mansión y le ungió con aceite / una túnica hermosa ciñóle después [...] / (385) y todos disponíanse a echar mano al yantar, pero en ese momento / presentóseles Dolio, el anciano; seguíanle sus hijos / tras la dura faena llamados allí por su madre, / la mujer siciliana que hacía su comida y cuidaba / (390) con esmero del viejo, vencido que fue por los años» (HOMERO, *Odisea*, XXIV, vv. 226-390).

BIBLIOGRAFÍA

- ALBA, V., *Historia Social de la vejez*, Ed. Laertes, Barcelona, 1992.
- BAYNES, N.H., *El Imperio Bizantino*, UAM, México, 1951.
- BRAVO CASTAÑEDA, G., y GONZÁLEZ SALINERO, R., (EDS.), *La corrupción en el mundo romano*, Ed. Signifer, Madrid, 2008.
- BURCKHARDT, J., *Historia de la Cultura Griega*, Barcelona, 2005.
- ELLUL, J., *Histoire des institutions de l'Antiquité*, Presses Universitaires de France, 1961.
- ENGLAND, E. B., *The «Laws» of Plato. The Text edited with Introduction and Notes by—*, Publications of the University of Manchester, 143, Manchester, 1921 (reimpresión Nueva York, 1976).
- LIDDELL, H. G., y SCOTT, R., *Greek-English Lexicon*, 1989, Oxford.
- LÓPEZ PÉREZ, M., Los paralabanos como asistentes de enfermos en los Códigos de Teodosio y Justiniano, en BRAVO CASTAÑEDA, G., y GONZÁLEZ SALINERO, R., (EDS.), *La corrupción en el mundo romano*, Ed. Signifer, Madrid, 2008, pp. 407-418.
- LÓPEZ PULIDO, A., «La visión de la ancianidad en la Grecia antigua», AMEG, nº 10, Madrid, 2005, pp. 6-14.
- «Fragmentos literarios sobre la ancianidad en Roma», AMEG, nº 12, Madrid, 2008, pp. 6-26.
- MINOIS, G., *Historia de la vejez. De la Antigüedad al Renacimiento*, Ed. Nerea, Madrid, 1989.
- RIPA, C., *Iconología*, Ed. Akal, Madrid, 1987.
- RIBERA CASADO, J.M., «Cicerón y la geriatría actual», *Estudio introductorio en Acerca de la vejez*, Ed. Triacastela, Madrid, 2001.
- STALLBAUM, G., *Platonis Opera omnia. Recensuit et commentariis instruxit G. ST., X: Leges et Epinomis*, Gotta-Erfurt, 1859-1860.
- FUENTES**
- AGUSTÍN, San, *Obras*, (Introducción y notas de Victorino Capanaga. Traducción de Santos Santamarta del Río y Miguel Fuertes Lanero), T. XI, Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 19884.
- ARISTÓFANES, *Los Acarnienses* (Introducción de José García López. Traducción y notas de Luis Gil Fernández), Ed. Gredos, Madrid, 2000.
- CICERÓN, *Cato Maior de senectute* (Traducción de Mª Nieves Fidalgo Díaz), Ed. Triacastela, Madrid, 2001.
- De senectute*, (Traducción y notas de Vincent Ravasse), en TREMBLAY, J.M. (DIR.), *Les classiques des sciences sociales*, Universidad de Québec (Chicoutimi), 2003.
- Debates en Túsulo* (Edición de Manuel Mañas Núñez), Ed. Akal, Madrid, 2004.
- CLAUDIO ELIANO, *Historia de los animales* (Introducción general, traducción y notas de José Mª Díaz-Regañón López), Ed. Cátedra, Madrid, 2002.
- DEMÓSTENES, *Discursos*, (Introducción general de Juan Manuel Cortés Copete. Traducción y notas de Antonio López Eire), Ed. Gredos, Madrid, 2000.
- DIÓGENES LAERCIO, *Vidas de filósofos ilustres*, (Introducción, traducción y notas de Rafael Ojeda), Ed. Universitat, Barcelona, 1981.
- EPICTETO, *Manual*, (Introducción, traducción y notas de Paloma Ortiz García), Ed. Gredos, Madrid, 2001.
- Disertaciones por Arriano*, (Introducción, traducción y notas de Paloma Ortiz García), Ed. Gredos, Madrid, 2001.
- EPICURO, *Carta a Meneceo*, (Introducción, traducción y notas de Rafael Ojeda y Alicia Olabuenaga), Ed. Alhambra, Madrid, 1987.
- GALENO, *Sobre la localización de las enfermedades*, (Introducción de Teresa Martínez Manzano. Traducción y notas de Salud Andrés Aparicio), Ed. Gredos, Madrid, 2002.
- HIPÓCRATES, *Aforismos*, (Introducción, traducción y notas de Carlos García Gual), Ed. Gredos, Madrid, 2000.
- HOMERO, *Odisea*, (Introducción de Carlos García Gual y traducción de José Manuel Pabón), Ed. Gredos, Madrid, 2000.
- JUVENAL, *Sátiras*, (Introducción de Rosario Cortés Tovar. Traducción y notas de Manuel Balasch), Ed. Gredos, Madrid, 2001.
- LIBANIO, *Autobiografía*, (Introducción, traducción y notas de Antonio Melero Bellido), Ed. Gredos, Madrid, 2001.
- Cartas*, (Introducción, traducción y notas de Ángel González Gálvez), Ed. Gredos, Madrid, 2005.
- LUCRECIO, *De la naturaleza de las cosas* (Introducción de Agustín García Calvo, traducción del Abate Marchena y notas de Domingo Plácido), Ed. Cátedra, Madrid, 20076.
- OVIDIO, *Tristes*, (Introducción, traducción y notas de José González Vázquez), Ed. Gredos, Madrid, 2001.
- Metamorfosis* (Edición y traducción de Consuelo Álvarez y Rosa Mª Iglesias), Ed. Cátedra, Madrid, 20057.
- PLATÓN, *Leyes*, (Introducción, traducción y notas de Francisco Lisi), Ed. Gredos, Madrid, 1999.
- PLAUTO, *Comedias* (Prólogo de Agustín García Calvo. Introducciones, traducción y notas de Mercedes González-Haba), Ed. Gredos, Madrid, 2000.
- PLUTARCO, *Vidas paralelas*, (Traducción y notas de Aurelio Pérez Jiménez), Ed. Gredos, Madrid, 2001.
- Moralía. Sobre si el anciano debe intervenir en política*, (Introducción, traducción y notas de Helena Rodríguez Somolinos), Ed. Gredos, Madrid, 2003.
- PLINIO EL JOVEN, *Cartas*, (Introducción, traducción y notas de Julián González Fernández), Ed. Gredos, Madrid, 2005.
- SÉNECA, *Epístolas morales a Lucilio* (Introducción de Antonio Fontán. Traducción y notas de Ismael Roca Meliá), Ed. Gredos, Madrid, 2001.



ASOCIACIÓN
MADRILEÑA DE
ENFERMERÍA
GERONTOLÓGICA

VII JORNADA AMIEG

**Cuidados.
Calidad.
COMPROMISO
del PRESENTE**



AMIEG

Tel. 91 501 73 61
ameg@amegmadrid.org
www.amegmadrid.org

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid
Avda. Menéndez Pelayo, 93
28007 MADRID

5 **Tres
Cantos
(Madrid)**
**de marzo
de 2009**

CENTRO DE
HUMANIZACIÓN
DE LA SALUD
c/ Sector Escultores, 39
TRES CANTOS. Madrid

COLABORAN:



Colegio Oficial
de Enfermería
de Madrid

VII jornada AMEG:

“Cuidados. Calidad: compromiso del presente”

Carmen Berenguer Bort

Presidenta de la VII Jornada AMEG

Directora de la Revista de Enfermería Gerontológica

La primera teoría de enfermería y, sobre todo, la palabra *cuidado*, nace con Florence Nightingale, a partir de allí nacen nuevos modelos cada uno de ellos aporta una filosofía de entender la enfermería y el cuidado.

Aunque la enfermería es tan antigua como la Humanidad, la palabra misma enfermera, evolucionó del inglés medieval *nurice* y del francés antiguo *norice*, las cuales tienen sus raíces en el latín *nutricius* (nutrir), la primera teoría sobre los cuidados de enfermería nace con Florence Nightingale y a partir de ella surgirán nuevos modelos que aportarán una filosofía de entender la enfermería y el cuidado diferentes. Así, por ejemplo, Nightingale decía que:

«La enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas [...] y tiene que poner a las personas en la mejor forma posible para que la naturaleza pueda actuar sobre ella» (NIGHTINGALE, 1859)

¿Cómo nos gustaría ser?

- Con identidad profesionalizada
- Preparada
- Con poder político
- Sistematizada
- Pertinente
- Mayor cobertura

Las enfermeras comenzaron a centrar su atención en la adquisición de conocimientos técnicos de los cuidados que les eran delegados.

Con la publicación del libro *Notas de Enfermería* de Florence Nightingale en 1852, se sentó la base de la enfermería profesional. En su libro, Florence intentó definir la aportación específica de la enfermería al cuidado de la salud, ya que el modo en que la enfermera concibe a los seres humanos influye directa-

mente en la forma de proporcionar el cuidado. Esto propone atención directa, investigación, docencia y administración como funciones generales, porque la enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social.

El modo en que la enfermera concibe a los seres humanos influye directamente en el modo en que se proporciona el cuidado. Baldera (1998) define la enfermería como:

«Conjunto de conocimientos y acciones necesarias para prestar atención de enfermería a las personas que lo requieran, en actividades de promoción de la salud, diagnósticos de enfermería, tratamiento y rehabilitación».

En este orden de ideas, podemos apreciar que en los últimos años la enfermería ha avanzado con decisión para convertirse en una disciplina científica: comenzó a crear y a someter a prueba sus propias bases teóricas, a fomentar el desarrollo académico de las personas que la ejercían a nivel profesional y a aplicar su propia teoría a la práctica.

Al aceptar la necesidad absoluta de que el ejercicio de la profesión se basa en su propio conjunto de conocimientos, reconocemos la necesidad de conceder la importancia debida a las bases conceptuales que sirven de fundamento a una enfermería cada día más profesional, trascendiendo la opinión de que la enfermera es cualquier persona que brinda cuidados.

La enfermería cuenta hoy con una base de conocimientos que ha adquirido a través del uso de las teorías, los modelos y el proceso de atención de enfermería, como punto de referencia para dirigir sus acciones, con cali-

La enfermería es tan antigua como la Humanidad. La misma palabra enfermera evolucionó del inglés medieval *nurice* y del francés antiguo *norice*, las cuales tienen sus raíces en el latín *nutricius* (nutrir). Tradicionalmente la enfermería ha estado implicada con la provisión de cuidados a los seres humanos.

dad, por lo que hoy la profesión de enfermería deja de ser un arte, para ubicarse como una ciencia.

Profesión dinámica, dedicada a mantener el bienestar físico, psicosocial y espiritual de las personas (Ledesma, 1999)

Enfermería como profesión aplica conocimientos, es práctica, académica, cumple procedimientos basados en principios científicos, posee bases éticas, tiene autonomía y es social.

Características de la profesión de enfermería

- Intelectual
- Práctica
- Académica
- Habilidad técnica
- Bases éticas
- Autonomía
- Social

Tradicionalmente la enfermería ha estado implicada con la provisión de cuidados a los seres humanos. Florence Nightingale en el año 1860 creía que «la enfermería guardaba una estrecha relación con la maternidad, ya que en ambas se empleaban las características naturales femeninas de cuidados, compasión y sumisión» (KJERVIK y MARTINSON, 1979, p. 38).

El modo como la enfermera concibe a los seres humanos influye directamente en el modo en que se proporciona los cuidados, calidad y formación

«Entre todas las profesiones de atención a la salud, la enfermería tiene el mayor potencial para garan-

tizar cuidados rentables. Las enfermeras están presentes en todas las formas de servicios socio-sanitarios y, dado que su trabajo se desarrolla en estrecha colaboración con los pacientes, están en condiciones de evaluar los efectos de la atención proporcionada. Su voz debe dejarse oír en el debate sobre políticas rentables» (OMS citado por ASANEC 2001, p. 3)

Urge dar respuestas de una vez a los graves problemas socio-sanitarios, para ello se dispone de un potencial de capacitación profesional, muy importante y que puede ser decisivo en la búsqueda de soluciones. Nos referimos a las enfermeras y enfermeros, ya que hay que aprovechar el potencial de su alto grado formativo recibido en su etapa de formación para dar respuestas a los principales problemas de salud y de demanda socio-sanitaria que nos está planteando la sociedad.

OBJETIVOS DE LA ENFERMERÍA

Prestar atención de salud a los individuos, las familias y las comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo, y cuyas intervenciones están basadas en principios científicos, humanísticos y éticos fundamentados en el respeto a la vida y a la dignidad humana.

FUNCIONES DE LA ENFERMERÍA

Nuestra función principal esta en satisfacer las demandas de salud de los individuos, cubrir sus necesidades a lo largo de su vida, considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos.

Esenciales de la enfermería son la defensa de los valores humanos de las personas, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la participación en la política de salud y en la gestión de los pacientes, los sistemas de salud y la formación.

ACCIONES DE LA ENFERMERÍA

Las enfermeras realizan en la asistencia directa, entre otras acciones:

- Diagnostican problemas de salud
- Proveen enseñanza a los pacientes y sus familias
- Realizan y hacen seguimiento de los cuidados
- Colabora con otros profesionales
- Remiten pacientes y administran y controlan tratamientos.
- Así mismo desarrollan competencias profesionales en la gestión, investigación, docencia,
- Trabajo comunitario
- Evalúan el impacto de la atención de las enfermeras

Ya que la enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos, el proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración que existe entre enfermería y usuario, que incluye la comunicación interpersonal entre ellos, con otras personas importantes para el usuario y con quienes forman parte del sistema de servicios de salud.

Este proceso, se presenta como una serie de cinco etapas, cada una constituida por un número determinado de pasos:

- **valoración,**
- **diagnóstico de enfermería,**
- **planificación,**
- **ejecución y**
- **evaluación.**

El resultado neto es un procedimiento que parece lineal o en el mejor de los casos, superpuesto o circular y difícil de manejar.

En este sentido, el Director Regional para Europa de la OMS, Asvall (citado por Vicente 1997, p. 316) manifestó en relación a la enfermera que:

«Ella o él será un ejerciente experto y autónomo que pueda trabajar solo o en asociación con otros profesionales para administrar, en cualquier marco, cuidados primarios de salud. Su papel no será el de servir a otra profesión, sino que será el de informar, ayudar y cuidar a los individuos sanos o enfermos y a la comunidad.

Ya que la enfermería es un proceso que comprende juicios y actos dirigidos a la conservación, promoción o restablecimiento del equilibrio en los sistemas humanos, el proceso de enfermería se lleva a cabo gracias a la relación de colaboración que existe entre enfermería y usuario, que incluye la comunicación interpersonal con quienes forman parte del sistema de servicios de salud.

»Nuestra mayor aspiración al plantear un Modelo de Atención Integral es poder brindar el máximo de oportunidades al usuario en la conservación de su salud» (LÓPEZ, 1999 p. 42).

Pensamos que, en la medida en que las enfermeras hemos alcanzado un alto grado de autonomía profesional y han aumentado nuestros conocimientos y habilidades, somos más capaces de abordar los cuidados del usuario, cada más complejos, desde una perspectiva individual y, a la vez, vamos dejando de lado, en este proceso evolutivo, el trabajo por tareas, para plantearnos la integralidad de las personas como objeto de nuestros cuidados.

El desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye al auge de los sistemas de salud y de la profesión de enfermería en todo el mundo y está directamente relacionado con el mantenimiento de la prestación de cuidados de gran calidad.

La enfermería, como uno de los dos principales proveedores de salud del Sistema Sanitario Público, debe estar en primera línea de avance si quiere apuntarse al futuro.

Podemos evidenciar que con el transcurso de los años se llegó a identificar como enfermera a cualquier persona que brinda cuidados; pero enfermería cuenta hoy con una base de conocimientos que ha adquirido a través del uso de las teorías, los modelos y el proceso de atención de enfermería, como punto de referencia para dirigir sus acciones, con calidad por lo que hoy la profesión de enfer-

mería dejó de ser un arte, para ubicarse como una ciencia

«Un modelo conceptual para la práctica de enfermería es un conjunto de conceptos elaborados sistemáticamente con bases científicas y relacionados en forma lógica para identificar los elementos esenciales de la práctica junto con las bases teóricas de tales conceptos y los valores que debe poseer el practicante de la profesión para utilizarlos» (RIEHL y ROY, 1980 p. 6)

Mantener y promover la salud, prevenir las enfermedades, diagnosticar, intervenir y rehabilitar pero, sobre todo, crear empatía con las personas que tenemos que cuidar, constituyen el alcance de las metas de enfermería.

El desafío de mejorar el área de conocimientos relacionada con la gerencia, depende del crecimiento personal, proceso del trabajo, proceso de administrar servicios de salud, en términos de eficacia y eficiencia; con énfasis en la calidad del cuidado humano.

El reto de la *nueva* enfermería comunitaria ya fue puesto de manifiesto en 1978 por el entonces director general de la OMS Mahler (citado por ASANEC, 2001 p. 2) cuando afirmaba que «allí donde hubiera una enfermera tenía que haber un puesto de educación sanitaria quienes pretenden privatizar la salud. El Estado deberá continuar con la responsabilidad en atención de salud; ese es el llamado que hacemos a las colegas para luchar porque ésta sea una reforma que dé ventaja a la mayoría de la población una reforma justa, una reforma que realmente no conculque los derechos de salud» (Santamaría, 1997 p. 51)

El desarrollo de la carrera profesional es un importante factor que contribuye al auge de los sistemas de salud y de la profesión de enfermería en todo el mundo y está directa-

mente relacionado con el mantenimiento de la prestación de cuidados de gran calidad.

El *status* profesional que emerge al gerencial el cuidado humano, crece en la medida que tratamos de mejorar nuestra imagen, atendiendo a factores relacionados con el trabajo creativo, contributivo, saludable, auténtico, digno, solidario, afectivo, que provoque a su vez impactos positivos.

El desafío de mejorar el área de conocimientos relacionada con la gerencia, depende del crecimiento personal, proceso del trabajo, proceso de administrar servicios de salud, en términos de eficacia y eficiencia; con énfasis en la calidad del cuidado humano. (Figuera, 2000 P; 25)

Quisiera, desde estas páginas, hacer un tributo homenaje a esas grandes damas de la enfermería que fueron pioneras en el cuidado-calidad y que todo lo que ellas sembraron ha sido recogido por todas las que vinieron detrás, siempre con la esperanza en el quehacer diario de cumplir lo mejor de nosotras mismas, procurando a veces no sólo el cuidado físico, sino esa atención individualizada que a veces el paciente note que es una persona especial en el trato. Ellos lo detectan enseguida y así fortalecemos la empatía con ellos, pero trabajando al unísono.

Florence Nightingale, Callista Roy, Martha Rogers, Virginia Henderson, Nancy Ropers, Dorothea Owen., ect.

Florence Nightingale (12-6-1820 a 13-8-1910). PIONERA DE LOS CUIDADOS.

En 1854 Florence Nightingale tomó a 38 mujeres a su cargo y las llevó a Turquía para cuidar a los soldados británicos, heridos y enfermos a causa de la guerra de Crimea. Ésta era la primera vez que el gobierno permitía a un grupo de mujeres hacer este tipo de labores.

Su labor fue tan importante, que podemos afirmar que todas las técnicas y sistemas utilizados en la enfermería moderna provienen, en cierta medida de ella. A raíz de la guerra de Crimea sufrió de estrés post-traumático, desorden que la acompañaría hasta el día de su muerte.

Florence Nightingale llegó a ser no sólo la primera enfermera que practicó cuidados en una guerra, siendo además la coordinadora de las enfermeras, sino que también fue la primera en documentarse sobre daños psicológicos causados por la guerra.

«Los heridos en la batalla,
en lúgubres hospitales de dolor;
los tristes corredores,
los fríos suelos de piedra.

¡Mirad en aquella casa de aflicción!
Veo una dama con una lámpara.
Pasa a través de la vacilantes tinieblas
Y se desliza de sala en sala.

Y lentamente, como en un sueño de felicidad,
El mudo paciente se vuelve a besar
Su sombra, cuando se proyecta
En la oscuras paredes.»

(LONGFELLOW
sobre *Florence de Nightingale*)



Florence Nightingale
(12-6-1820 a 13-8-1910)



LA ENFERMERÍA DE LA VEJEZ. AYER, HOY Y MAÑANA

J. Javier Soldevilla Ágreda

Enfermero. Licenciado en Antropología

Profesor Enfermería Geriátrica. Universidad de La Rioja

Director de GNEAUPP

Director de la revista Gerokomos

Acariciar desde un punto de vista histórico la actividad de cuidar de los más mayores de una sociedad, sello de identidad de la profesión enfermera, supone sin duda, elaborar una secuencia que hunde sus raíces en un pasado anterior al documento escrito, y cuya existencia se puede aventurar analizando las relaciones humanas y su entorno.

No persigue ni con mucho ser una revisión estricta del desarrollo de la Enfermería Gerontológica, pero sí entiendo de necesario orden didáctico avanzar en el recuerdo de esos albores profesionales de los primeros cuidadores de ancianos, considerando algunos aspectos más genéricos de la vejez y el envejecimiento en esas épocas.

Sería justo decir al comienzo de la búsqueda del ayer, que hasta fechas muy recientes, la ancianidad no se ha convertido en un *problema*, para unos más que para otras, convendrán conmigo, sin caer en una acepción derrotista del término, sino de llamada de atención. Sabemos que *ayer* el número de ancianos no era numeroso, la sociedad no tenía que velar de un porcentaje tan elevado de personas de edad avanzada como en la actualidad. Incluso consideramos improbable la tan referenciada convivencia de tres o cuatro generaciones y, seguro, no existían cuidados de salud que se prolongaran en el tiempo. Como una constante a lo largo de los siglos, esos cuidados dependían significati-

vamente del estatus social que ocuparan los mayores.

Con estas premisas, sin duda, compensaremos el desconsuelo ante los escasos hallazgos sobre los encargados de cuidar al anciano, no tanto de la figura del anciano retratada en cada época.

Cada sociedad en su contexto y momento histórico ha otorgado un papel a la vejez, positiva o negativamente, dependiendo del modelo de hombre ideal imperante en cada momento, de manera que los ancianos unas veces han sido devaluados y otras revalorizados —las menos, según la perspectiva de mi análisis—.

Los hallazgos arqueológicos nos proporcionan una visión de la forma de vida en la prehistoria, en la cual lo primordial era sobrevivir. Las luchas, el hambre por carencia de alimentos y las enfermedades impedían a los hombres y mujeres llegar a viejos. La escasez de viejos era un hecho y los que llegaban a alcanzar esta etapa, al ser pocos, les procuraba un valor especial, un triunfo sobre sus congéneres el haber podido vivir tanto tiempo. Este fenómeno era considerado sobrenatural y obtenido por protección divina.

Actualmente se puede observar, en culturas ágrafas, que el papel del anciano era el de depositario del saber y transmisor del mismo siendo a la vez memoria del clan.

El anciano del antiguo Egipto tenía reservado un puesto social honorable siendo institución importante para la comunidad el Consejo de Ancianos. Según Georges Minois, el anciano entra en la Historia precisamente con un texto egipcio, de tintes dramáticos en su concepción, que data del año 2450 a.C.

Este texto es el relato de un anciano escriba, Path-Hotep, que desde su propia ancianidad nos la describe como una triste etapa de la vida, de la cual se lamenta con una descripción precisa y expresiva que estuvo vigente durante muchos siglos y aún hoy para algunos: «¡Qué penoso es el fin de un viejo! Se va debilitando cada día; su vista disminuye, sus oídos se vuelven sordos; su fuerza declina; su corazón ya no descansa; su boca se vuelve silenciosa y ya no habla. Sus facultades intelectua-

les disminuyen y le resulta imposible acordarse hoy de lo que sucedió ayer. Todos sus huesos están doloridos. «Las ocupaciones a las que se abandonaba no hace mucho con placer, sólo las realiza con dificultad, y el sentido del gusto desaparece. La vejez es la peor de las desgracias que pueda afligir a un hombre».

En las sociedades de la Antigüedad, la vejez es relacionada con el mundo sagrado y con la magia, al anciano se le otorga un papel de dirigente por la experiencia y sabiduría que le confiere su larga vida.

A través del Antiguo Testamento puede seguirse la consideración que de la vejez ha tenido el pueblo judío, en el que desde el comienzo de su historia, los ancianos eran considerados jefes y desempeñaban un papel fundamental, habiendo sido guías del pueblo, ostentan poder político, religioso y jurídico además del respeto y veneración.

El cuidado de los más mayores era considerado un deber de la comunidad. En esta época, podemos fijar una de las primeras teorías históricas del envejecimiento y, por tanto, el nacimiento de aquellas *gerokomias* que Galeno acuñara siglos más tarde para acoger al conjunto de saberes y técnicas que atañen a la ancianidad.

Llegado el rey David a una edad avanzada y viéndole los que le rodeaban incapaces de detener el obligado proceso de envejecimiento, optaron por aminorar la pérdida de calor interno que consideraban como responsable de la vejez y de la muerte, haciendo compartir su lecho con una joven doncella, Abisag, de la tribu Sunamita.

Hoy algunos se refieren a esta teoría que ha adoptado el nombre de sunamitismo, invocando los beneficios, con distintos matices a los encontrados en las Sagradas Escrituras, de la convivencia intergeneracional, especialmente entre los más viejos y los más jóvenes.

En estos textos bíblicos también pueden observarse las limitaciones físicas que la vejez implicaba y cómo eran vividas sin excesiva amargura.

Fue en el ámbito de la cultura griega donde se elaboraron las primeras formulaciones sobre edades de la vida, no mostrándose

Cada sociedad en su contexto y momento histórico ha otorgado un papel a la vejez, positiva o negativamente, dependiendo del modelo de hombre ideal imperante en cada momento, de manera que los ancianos unas veces han sido devaluados y otros revalorizados —las menos, según la perspectiva de mi análisis—.

unánimes quienes los redactaron, también donde se elaboran las primeras reflexiones conocidas sobre la realidad del hombre y, como parte de ésta, el reconocimiento social del anciano, y se formulan las primeras prescripciones sobre el cuidado que exige la vejez y los medios capaces de retrasar los deterioros que acompañan al envejecimiento.

En la antigua Grecia las obras de Homero exaltan la juventud y el vigor en la figura de sus héroes; a los ancianos les otorgan la virtud de la sabiduría por lo que están en contacto con los jóvenes para educar y guiar sus pasos, por su experiencia son consultados y escuchados como inapreciables consejeros.

Mantienen importantes cotas de poder como el reconocido en los textos bíblicos desde el Génesis a los Evangelios: «En los ancia-

Es digno de mencionar el criterio contrapuesto entre las dos figuras más representativas del pensamiento griego: Platón, que hace una defensa incondicional del anciano y reclama el poder para éstos, y Aristóteles, que trata duramente a la vejez, presentándola como algo negativo y haciéndola responsable de cuantos males encarnan en los humanos.

Hipócrates (460-377 a.C.) es el que formula las primeras hipótesis relativas a las causas del envejecimiento, contemplando la vejez como un proceso natural, físico e irreversible.

Las sociedades pre-cristianas no tuvieron una preocupación pública por los enfermos y ancianos, no organizando establecimientos hospitalarios.

Durante la griega monárquica se insinuaron, siendo consolidados por las comunidades eclesiales en los inicios de la era cristiana, los *gerontokomios*, como hogares o lugares de *recogida* de ancianos, integrados en otros establecimientos destinados para todo tipo de necesitados.

Por *gerokomos*, eran conocidos ciertos cuidadores a sueldo encargados especialmente de la alimentación de aquéllos y de la atención de otras esferas elementales de la vida cotidiana, con un claro desprecio social por las actividades de tipo manual que estos realizaban. De ahí la escasa importancia que cobraron los cuidados de enfermería en esa época.

Era un arte aprendido en condiciones sociales poco ventajosas.

No obstante, *Gerokomos* hoy da título a la revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica y del GNEAUPP, como primer antecesor conocido de los actuales profesionales del cuidado en la edad probecta.

La mentalidad griega supuso sin duda un perjuicio para el progreso de la Ciencia de los cuidados Enfermeros.

Una idea que reflejaba una clara dicotomía entre mano y cerebro, que ha hecho que generaciones posteriores mantuvieran esa valoración hasta no hace demasiados años, significación aún más deficiente cuando la dirección de los cuidados apuntaba hacia un anciano.

El Derecho Romano concedía autoridad al anciano en la figura del *Pater Familias*, ostentando el poder sobre familia y esclavos, siendo odiado y temido. En el contexto de la república, los viejos poseen poder, riqueza y autoridad.

nos está el saber» (*Job*, 12,12), «Busca la compañía de los ancianos» (*Eclesiástico*, 6,35).

En los textos de la tragedia griega puede observarse cómo los ancianos ejercían una función y ocupaban un lugar destacado en la sociedad, pero, a la vez, incidía en el drama individual que constituye la vejez con la inevitable pérdida de la vitalidad y las aptitudes físicas que la juventud otorga.

Los filósofos griegos, en su mayoría eran viejos y la mayor parte de ellos permanecieron activos hasta el final de su vida, dejándonos reflexiones sobre la vejez en sus escritos, testimonios que acreditan el interés que el tema tenía para ellos. Ninguno de estos filósofos contempla la vejez como algo bueno pero la aceptan a condición de que la salud la acompañe.

Los pensadores griegos prestaron cuidada atención a la realidad social del anciano.

En el Imperio Romano, en lo que atañe a la consideración social del anciano, se repite lo acaecido en el mundo griego.

La vejez es contemplada con atención debido a los problemas políticosociales, psicológicos, médicos y demográficos que conlleva.

El Derecho Romano concedía autoridad al anciano en la figura del *Pater Familias*, ostentando el poder sobre familia y esclavos, siendo odiado y temido. En el contexto de la república, los viejos poseen poder, riqueza y autoridad.

La defensa del anciano, la que en Grecia protagonizó Platón, se hace presente en Roma con Cicerón.

En los primeros siglos del cristianismo, las comunidades cristianas prosiguen esta visión y consideración hacia el anciano, es a partir del siglo V, cuando comienza a cambiar y el anciano va perdiendo poco a poco el poder que ostentaba, la vejez se convierte en un símbolo negativo y su llegada va a ser temida por todos.

Con el cristianismo, la ancianidad no se toma en cuenta, los autores cristianos presentan al hombre sin edad, intemporal. Es San Agustín en el siglo V, él que basándose en los siete días de la Creación desarrolla las edades del hombre y las sitúa en la cuna, la infancia, la adolescencia, la juventud, la edad madura y la vejez, siendo esta última la que abarca el tiempo que duran todas las demás juntas, representando el renacer a la vida espiritual.

En el ámbito de la moral, los autores cristianos utilizan la vejez como imagen alegórica del pecado, teniendo una visión pesimista de la ancianidad siendo esta un mal proveniente del castigo divino por los pecados del hombre. Sólo en el paraíso nadie envejece, nadie muere. Con esta perspectiva, el único interés que existe por la vejez en el cristianismo es la imagen de fealdad y decrepitud, la cual utilizan para representar el pecado y sus consecuencias.

Sin embargo y a pesar de lo expuesto, en el orden de desarrollo social y sanitario el cristianismo supone una revolución, considerando la atención a los pobres, el cuidado de los enfermos y acabalgados entre ellos los viejos,

como una obligación sagrada hasta el punto de irles en ello nada menos que su propia salvación (Mt 25,44-45). Después de la libertad concedida por Constantino a la Iglesia, ésta organiza sus primeras instituciones benéficas (s. III y IV). Monasterios cercanos a las urbes que adosan establecimientos que recibieron distintos nombres según su destino: nosocomios para los enfermos, xenodoquios para los peregrinos o gerontocomios para los ancianos, a pesar de que en todos la asistencia es indiferenciada, atendiendo a toda clase de pobres, enfermos, etc. Los cuidados de enfermería se institucionalizan basándose en un concepto de ayuda que podríamos denominar vocacional-cristiano-caritativo, donde las necesidades espirituales se anteponían a las físicas, psíquicas y sociales.

Con el cristianismo, es San Agustín, en el siglo V, el que basándose en los siete días de la Creación desarrolla las edades del hombre y las sitúa en la cuna, la infancia, la adolescencia, la juventud, la edad madura y la vejez, siendo esta última la que abarca el tiempo que duran todas las demás juntas, representando el renacer a la vida espiritual.

Muchos nobles ricos comienzan en su vejez también a retirarse a monasterios para conseguir la salvación, unos para llevar vida de oración y sacrificio y otros con un contrato para ser asistidos. Este modo de retiro sólo es factible para privilegiados. Esta costumbre se va extendiendo sobre todo a partir del siglo IX, momento en el que se fundan numerosos monasterios por toda Europa.

En España existían distintos alojamientos para ancianos (San Juan de la Peña, Sahagún, etc.), primera muestra documentada de establecimientos específicos en la Historia. Tristemente, el anciano pobre no tenía retiro posible, ya que hasta el siglo XIX en España éste era un privilegio de ricos.

Mención especial merece por celebrarse el novecientos aniversario de la muerte de Santo Domingo de La Calzada, reseñar el pa-

pel de los hospitales del Camino de Santiago en los que también se prestaba atención al anciano, sin clara diferenciación en razón de edad o condición, sino por su común rol de peregrino. Largos trayectos y escasas condiciones higiénicas de esa Europa cristiana, hicieron surgir personas con vocación caritativa, santos personajes que asistieron personalmente a cientos de peregrinos sanos y enfermos, que más tarde, con el apoyo de monarcas, obispos y nobles, dieron vida a una profusa red de instituciones sanitarias a lo largo del Camino. Entre estas figuras, quiero destacar a Santo Domingo de La Calzada, por su importante obra, seguramente precursor del Enfermero profesional en el s. XI, desde hace años declarado patrón de la Enfermería Gerontológica Española.

En estos albores del medioevo, son numerosas, variadas, pero también seguro insuficientes, las instituciones dedicadas a la asistencia de enfermos y desvalidos, sustentadas por cofradías, hermandades, gremios y órdenes religiosas en un intento de dar respuesta a las precarias condiciones sanitarias que generan la pobreza y los desórdenes sociales de la época. Algunas de estas instituciones llegan a desarrollar un alto grado de organización, en la cual los cuidados de enfermería tienen un papel muy destacado. Sin embargo, sigue oculta la atención profesional dispensada al grupo de los más mayores, abandonada a religiosos o civiles sin formación alguna.

En el colectivo eclesiástico los ancianos son numerosos, aunque en sus escritos no den importancia a la ancianidad. Es lógico que lleguen a viejos, ya que viven dentro de los monasterios, resguardados del mundo y con un nivel de vida superior al resto de individuos.

La Edad Media supuso un retroceso en todos los órdenes. El hombre medieval siente temor ante el envejecimiento y busca los remedios precisos para evitar que llegue. En el pensamiento medieval la tercera edad no está marcada por ningún rito de paso, el límite de la actividad es la incapacidad física. Mientras el anciano pueda seguir cumpliendo con su trabajo no es visto como tal. Al llegar el momento de incapacidad, los nobles cuidan de

sus ancianos en sus castillos. En los monasterios acogen a los que pueden costearse el retiro. La Iglesia cuida a sus clérigos viejos. En cuanto al pueblo llano, es difícil situar el lugar por falta de registros. El trato familiar, ámbito mayoritario de cuidado de los ancianos, depende de la relación de afecto que se tengan. Es el campesino el que queda a merced del cuidado que puedan darle los hijos. En el caso de no existir éstos y si, además, se es mujer, anciana y sola, la situación era doblemente lamentable.

Los mayores pertenecientes a la plebe y campesinado pasaban a engrosar las filas de los mendigos, incluso los más desgraciados, dentro del grupo de los pobres. Las difíciles condiciones de vida no permitían a muchos llegar a viejos.

Aquéllos que finalmente eran recogidos en algunos de esos establecimientos, apreciaban cómo aquellos muros confundían misiones de sostenimiento y auspicio a los más desprovistos con atenciones a problemas de salud, especialmente a través de la atención de necesidades fisiológicas básicas y de un mantenido y rotundo alimento espiritual. Ese aumento de establecimientos precisaba de personal que atendiese a los allí hospedados. La escasa capacitación técnica era suplida con la gran entrega. Pero hemos de recordar que estamos en una época donde era realmente difícil llegar a viejo.

Durante el Renacimiento y la Edad Moderna la situación de los mayores mejoró, siempre manteniendo una clara relación con su situación social y la acumulación de riquezas.

No obstante, la lucha contra la vejez era encarnizada. Magia, brujería, medicinas, todos los remedios inimaginables son empleados para combatirla pero la imposibilidad de evitarla es absoluta. El desprecio a la vejez se manifiesta en las artes y en las letras.

Durante el siglo XVI aparecen nuevas órdenes eclesiales masculinas, destacando en España los Hermanos de San Juan de Dios. A partir del Concilio de Trento, en los inicios del s. XVII fue fundada por parte de San Vicente Paul la orden de las Hermanas de la Caridad, incorporando a la mujer al servicio de la Caridad,

La Edad Media supuso un retroceso en todos los órdenes. El hombre medieval siente temor ante el envejecimiento y busca los remedios precisos para evitar que llegue. En el pensamiento medieval la tercera edad no está marcada por ningún rito de paso, el límite de la actividad es la incapacidad física. Mientras el anciano pueda seguir cumpliendo con su trabajo no es visto como tal



destacando desde entonces, junto a otras, por su labor en el cuidado de los ancianos.

Los cuidados de enfermería desde sólo su perspectiva caritativa no podían progresar hacia la constitución de un gremio, por poseer una dimensión exclusivamente espiritual, «sin connotaciones de aprendizaje, calidad y salarios».

La secularización en la administración de gran número de hospitales, especialmente a partir del s. XIX, con la adopción de nuevas responsabilidades civiles, no alejó de la aplicación de los cuidados de enfermería a hombres y mujeres pertenecientes mayoritariamente a órdenes religiosas, permaneciendo mucho más tiempo todavía aquellos dedicados al cuidado de los ancianos.

La paralización intelectual sufrida por los cuidados de enfermería desde la antigua Grecia, provocó que la práctica de los mismos fuera concebida de forma estática, ausente de documentación escrita hasta la aparición

de Florence Nightingale, y alejados del ámbito universitario hasta hace pocas décadas.

El exclusivo sentido caritativo de los cuidados de enfermería, y extraordinariamente los aplicados a los más mayores, frenaron una transmisión «sistemática y organizada de los conocimientos de los cuidados» impidiendo la creación de un cuerpo específico de conocimientos.

En la etapa contemporánea en Occidente, el progresivo desarrollo de las sociedades industriales alimenta un desprestigio creciente de la vejez por el descrédito de la experiencia frente a la tecnología, pero el crecimiento del número de personas de edad, la variación de las necesidades de éstas, la presencia de un mayor número de ancianos con pérdidas de salud e incapacidades, se convierte en un problema político que obligó a sugerir variaciones en el orden social y sanitario y al desarrollo de nuevas fórmulas asistenciales que dieran respuesta sin dilación a ese presente.

En España acontece la creación del Instituto de Servicios Sociales como primera muestra gubernamental a esos nuevos requerimientos. Comienzan a emerger análisis demográficos, sociológicos y económicos que perfilarán el futuro. Se desarrolla en nuestro Sistema de Salud un nuevo modelo de Atención Comunitaria. Se reconoce a la Geriátrica como Especialidad Médica y se incorpora discretamente en la red pública sanitaria, creándose los primeros servicios hospitalarios. Se convoca la primera Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento y a su sombra, aparecen los primeros Planes Gerontológicos. Al mismo tiempo se van ensayando nuevas dinámicas de trabajo en torno al anciano, nuevas concepciones de equipos, aumenta el conocimiento específico en la atención y cuidado de las personas de edad de manos de muchas disciplinas distintas.

El desdoblamiento que caracterizó a la Enfermería Gerontológica sobrepasando el exclusivo concepto caritativo-vocacional, la profesionalización de la misma con reivindicaciones científicas y corporativas en todos los países en desarrollo incluida España, no se vislumbra hasta hace apenas unos años, lo que puede haber justificado la dificultad en su identificación social e incluso profesional dentro de la propia familia enfermera, un descrédito encubierto asociado a la figura del “cuidador de viejos” y quizá un enlentecimiento en la forja teórica de cuidados enfermeros en Geriátrica y Gerontología.

El énfasis seguía puesto en el modelo de asistencia médica centrada en los cuidados urgentes y en el marco de una institución. No se reconocía como función propia administrar cuidados a personas que no tuvieran afecciones agudas, haciendo difícil, con esos planteamientos la supervivencia de la enfermería gerontológica como campo de la práctica de la enfermería profesional.

Los índices y velocidad de envejecimiento han experimentado un ascenso meteórico en los últimos años contabilizándose más de un dieciséis por ciento de mayores de 65 años entre la totalidad de la población. Más del 4 % de la totalidad de la población española la

conforman “grandes viejos”, mayores de 80 años. Este envejecimiento del envejecimiento ha propiciado el aumento de la demanda de servicios socio-sanitarios, de ingresos hospitalarios y consultas, la presencia de un mayor número de enfermedades degenerativas con clara tendencia a la cronicidad e invalidez, y una mayor presencia de formas de vida dependientes, lo que se traduce en una mayor necesidad de cuidados y de “cuidadores especializados”.

En clara sintonía con esa realidad, en los últimos años, estamos asistiendo a una consolidación de la Enfermería Gerontológica como disciplina científica desde el seno de las Universidades, a una evolución de la orientación de las enseñanzas de los cuidados de enfermería en Gerontología y a la conquista de una identidad, espacio profesional y reconocimiento jurídico como Enfermeros de la Vejez.

Algunos de los hechos que relataré a continuación han sido presente hasta ayer. Algunas reflexiones finales quizá ayuden a entender porque la Enfermería Geronto-Geriátrica se posiciona hoy como una especialidad valorizada y de futuro, pero también con algunas sombras y me permitirán que lo acuñe desde mi propia vivencia de esas escenas en los últimos años.

El sentimiento de aislamiento de clase de algunos enfermeros dedicados al cuidado de los más mayores. La inexistencia casi absoluta de un orgullo profesional que veíamos en otras disciplinas y especialidades enfermeras, y que sin duda queríamos para nuestro grupo. Deshacer actitudes de denostada desvalorización hacia nuestra especialidad (el cuidado de los viejos era encomendado a no profesionales en las instituciones o a los recién llegados o, a los “sólo impregnados de alma caritativa”), al equiparar en muchos casos, un trabajo no embriagado de técnicas como carente de cientifismo. Estos sentimientos que algunos percibíamos fueron solidificando. Distintos movimientos inconexos a nivel de la Universidad Española, donde la Enfermería Geriátrica se venía impartiendo como asignatura troncal en la Diplomatura de Enfermería desde el curso 1977-78, de distintos grupos de

Los índices y velocidad de envejecimiento han experimentado un ascenso meteórico en los últimos años. Este envejecimiento del envejecimiento ha propiciado el aumento de la demanda de servicios socio-sanitarios, lo que se traduce en una mayor necesidad de cuidados y de “cuidadores especializados”.

enfermeros de instituciones hospitalarias, residenciales y centros de salud, fueron creando el verdadero germen para la creación en el año 1987 de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica. El pueblo de Santo Domingo de la Calzada en La Rioja, sirvió de marco para el acto constitucional de esta asociación científica. Una historia de pasos firmes, ideas claras y entusiasmo empezó en ese lugar. La participación de nuestro grupo en la génesis del documento de desarrollo de la Especialidad de Enfermería Geriátrica fue la primera de las acciones enraizadas con nuestros objetivos sociales.

La convocatoria anual de un congreso de carácter nacional ha sido un buen contribuyente para acercar a muchos de aquellos enfermeros dedicados a la atención de los más mayores que vivían en situación de aislamiento, y hoy consiguen reunir a varios centenares de profesionales. Otro hito, que entendemos importante en la contribución a este despertar lo supuso la edición de *Gerokomos*, nuestra revista y órgano de expresión de la sociedad que posibilitó dar luz a muchos, en sus comienzos, débiles artículos científicos que no hubieran encontrado posibilidad de difusión a través de otras tribunas y que está a punto de celebrar su veinte cumpleaños. De igual manera la elaboración de un amplio programa docente, la convocatoria de Talleres para Docentes, la creación del Diploma en Enfermería Gerontológica, etc., son actividades nacidas del seno de esta asociación, que consideramos de enorme valía en el despegue de nuestra profesión. También desde su seno se ha instalado el ánimo y apoyo a grupos profesionales a nivel regional con objetivos semejantes y que han dado vida a la constitución de asociaciones con gran impulso y recorrido, como es el caso de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica a la que desde estas líneas, felicitamos en su ya décimo aniversario.

La Enfermería Gerontológica hoy se presenta como un servicio a la comunidad que se especializa en los cuidados a las personas que envejecen indistintamente de su edad y salud, con el fin de conseguir que el paso de

madurez a vejez y el discurrir de los últimos años se produzca en las mejores condiciones de salud y autonomía.

Ampliando un clásico y limitado marco de actuación de la enfermería gerontológica, a comienzos del siglo XXI, consignamos como destinatarios de sus cuidados no sólo a pacientes geriátricos, sino de forma dominante, también a las personas ancianas sanas (independientes y capaces de satisfacer sus necesidades básicas a pesar de las limitaciones derivadas de la edad) y por su elevado y creciente valor en la planificación de atenciones, a las personas ancianas frágiles o de riesgo cuyos cuidados deben dirigirse especialmente a su detección, prevención de complicaciones y preservación del máximo nivel de independencia. Estos ancianos débiles constituyen el sector de más rápido crecimiento en nuestros días y seguirán constituyendo un verdadero desafío para los enfermeros de la vejez.

Son numerosos los indicadores que apuntan que el ejercicio profesional de los Enfermeros de la Vejez en el tercer milenio gozará de una buena y creciente salud, pero...

Frente a un futuro inmediato con gran contenido de intervenciones en cuidados y nuevos roles en los distintos niveles asistenciales (sin límites territoriales)...

Un presente que contempla un escaso o nulo desarrollo de equipos y programas de atención gerontológica en la atención primaria y especializada, hasta verse como la atención geriátrica ha salido de las estructuras sanitarias en algunas comunidades autónomas.

Frente a una Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, de reciente aprobación, pilar básico de nuestra sociedad del bienestar y a todas luces espaldarazo definitivo a iniciativas de atención y profesionales gerontológicos...

Un presente en el desarrollo incipiente de esta ley, donde parece contemplarse «la dependencia como exclusivo problema social» (cuando el 85% de las personas dependientes lo son por enfermedad crónica), y apreciándose en numerosas regiones de nuestro país, como los profesionales sanitarios han sido ex-

La Enfermería Gerontológica hoy se presenta como un servicio a la comunidad que se especializa en los cuidados a las personas que envejecen indistintamente de su edad y salud, con el fin de conseguir que el paso de madurez a vejez y el discurrir de los últimos años se produzca en las mejores condiciones de salud y autonomía.

Contemplo
para la Enfermería
de la Vejez un futuro,
en cualquier caso,
costoso, porque será
necesario vencer un
ideario clásico de
devaluación
profesional e
invisibilidad social
que bloquea nuestra
participación, incierto
pero sin duda
ilusionante por las
posibilidades de
demostrar que se nos
brinda, honorable y
halagador por ser el
escenario más rico
para demostrar que
unos cuidados de
calidad, son capaces
de mejorar y seguro
prolongar la vida de
lo seres humanos y
desafiante, como
«reto para avanzar
en el hermoso arte y
la compleja ciencia
de cuidar».

cluidos de los equipos de valoración de la dependencia, etc.

Frente a un panorama anunciado como de importante yacimiento de empleo para los encargados del cuidado de los más mayores... Un presente, en el escenario profesional, con oferta de empleos en precario, sueldos raquíuticos, condiciones laborales intensivas, amparadas por marcos legales y reglamentarios para instituciones de atención a los más mayores decimonónicas, donde el recurso humano es exiguo y la calidad asistencial que es posible garantizar en franco peligro...

Frente a un futuro esperanzador (y cercano, quiero creer), después de más de veinte años desde que fuera decretada la Enfermería Geriátrica como Especialidad, con un documento muy avanzado de la Comisión Nacional de la Especialidad al cierre de estas líneas y una voluntad decidida por parte de los responsables de su puesta en marcha...

Un presente que siembra la duda sobre el interés de las distintas Comunidades Autónomas en sufragar unidades docentes donde se formen a estos especialistas, que será necesario reconocer ulteriormente, novedosas unidades docentes multiprofesionales que será preciso ensayar desde el respeto, para evitar direcciones hegemónicas por parte de algunas disciplinas sobre las otras, incluso, la vivencia de unidades docentes dependientes enteramente de organizaciones privadas con ánimo de lucro, que pueden estar muy bien posicionados en la parrilla de salida.

Contemplo para la Enfermería de la Vejez un futuro, en cualquier caso, costoso, porque será necesario vencer un ideario clásico de devaluación profesional e invisibilidad social que bloquea nuestra participación, incierto pero sin duda ilusionante por las posibilidades de demostrar que se nos brinda, honorable y halagador por ser el escenario más rico para demostrar que unos cuidados de calidad, son capaces de mejorar y seguro prolongar la vida de lo seres humanos y desafiante, como «reto para avanzar en el hermoso arte y la compleja ciencia de cuidar».

BIBLIOGRAFÍA

- ÁLVAREZ GÓMEZ, ÁLVAREZ RODRÍGUEZ Y COLS, *Religiosos al servicio de los enfermeros*, Publicaciones Claretianas, Madrid, 1982
- ARQUIOLA, E., *La vejez: Configuración histórico médica de un problema actual*, JANO Medicina y humanidades, Septiembre 1994, Vol. XLVII Nº 1093 / pp. 16-22
- BURKE MM, WALSH MB, *Enfermería Gerontológica. Cuidados integrales del adulto mayor*, 2ª Edic., Harcourt Brace, Madrid, 1998
- CORPAS MAULEÓN, J.R. *La enfermedad y el arte de curar en el Camino de Santiago entre los siglos X y XVI*. Consejería de Cultura, Xunta de Galicia, Santiago de Compostela, 1994
- GARCÍA, M., TORRES, P., BALLESTEROS, E., *Enfermería Geriátrica*, Ediciones Científicas y Técnicas, Barcelona, 1993
- GRANJEL L.S. *Historia de la Vejez, Gerontología. Gerocultura, Geriatria*, Ediciones Universidad de Salamanca, Salamanca, 1991
- HERNÁNDEZ-CONESA, J., *Historia de la Enfermería*. McGraw-Hill-Interamericana de España, Madrid, 1995
- HOGSTEL MO., *Enfermería Geriátrica. Cuidados de personas ancianas*, Editorial Paraninfo, Madrid, 1998
- LE ROY LADURIE, E. Montaillou, *Village Occitan de 1294 á 1324*, De Gallimard, París, *Montaillou: Aldea Occitana de 1294 a 1324*, Taurus Ediciones S.A. Madrid. 1981
- MINOIS, G., 1987 *Histoire de la vieillesse. De l'antiquité à la Renaissance. De. Fayard; Historia de la vejez. De la antigüedad al Renacimiento*. Editorial Nerea S.A., Madrid, 1989
- Moro, T. *Utopía*. (1ª Edición 1516) Traducción P. Rodríguez Santidrian, Alianza Editorial S.A., Madrid, 1996
- Sagrada Biblia*, (5ª Edición) Biblioteca de Autores Cristianos, Madrid, 1957
- Tratados Hipocráticos*, Alianza Editorial S.A., Madrid, 1996
- VERNET AGUILÓ, T., *La Atención geriátrica en la historia de la Enfermería Española*, Revista de la Asoc. Catalana, Enf.Geriátrica, Vol.1. nº 2.1994



Calidad y calidez

Hacia una humanización de los cuidados

José Carlos Bermejo Higuera
Director General del Centro San Camilo
Doctor en Teología Pastoral Sanitaria
Master en Bioética

Son dos palabras con las que jugamos para evocar el deseo de que programas y servicios estén orientados realmente a la persona, desplegados de manera personalizada, y que se note que son ofrecidos por personas.

Según el escenario en que nos movamos, no gozan las dos palabras de la misma acogida. Todo el mundo acoge la palabra calidez; y son muchos los que, si han experi-

mentado lo que significa implementar un proceso de calidad, no hablan bien de ella. La “sufren”. Les pesa, la temen como más trabajo, como peligro de burocratización. La calidez siempre nos cae bien, habla de calor, de algo entrañable, de una cualidad específicamente humana —quizás no exigible— tan deseada por todos, especialmente en medio de la vulnerabilidad.

NUEVO

Versiva[®] XC[™]
Apósito de Espuma Gelificante

Observe lo que la Espuma Gelificante puede hacer por sus pacientes

Nuevo Versiva[®] XC[™]
Apósito de Espuma Gelificante
El único apósito con la ventaja de la Espuma Gelificante, redefiniendo el cuidado del paciente

- Diseñado para proteger la piel perilesional y reducir el riesgo de maceración.
- Aporta confort a los pacientes mientras el apósito permanece aplicado, así como en el momento de su retirada.¹
- Ofrece algo más que un ambiente húmedo para el tratamiento de las heridas.
- El gel del Apósito de Espuma Gelificante posee un efecto almohadillado único.²

Referencias 1. Vanscheidt W. et al. A prospective study on the use of a non-adhesive gelling foam dressing on exuding leg ulcers. *Journal of wound care*. June 2007; Vol. 16 No. 6. 261-265. 2. Griffiths B et al. The Cushioning Effect of a New Gelling Foam Dressing Compared with a Number of Other Foam Dressings in an In Vitro study. Poster presented at EWMA Congress. Glasgow 2007.

®/™ indica marcas de ConvaTec Inc.
© 2008 ConvaTec Inc.

www.convatec.es



Nuestro mundo es lo que hacemos de él[™]



REabsorción inmediata.

Mayor bienestar y tranquilidad.



Con la mayoría de absorbentes,
siempre llueve sobre mojado.



LINDOR® Elásticos incorpora **reabsorción inmediata**, que reabsorbe **hasta 4 veces más rápido*** en la segunda micción. Por eso:

- Ayuda a **proteger la piel**.
- Se producen **menos cambios**.
- **Se reduce el riesgo de fugas**.
- **Aumenta la tranquilidad** del cuidador y la persona cuidada.



LINDOR Elásticos 80 unidades

Talla Pequeña Cont. 60-90 cm

Noche

△△ +900 cc

CN 462499.1

Talla Media Contorno 90-135 cm

Noche

△△ +900 cc

CN 462507.3

Super Noche

△△△ +1.200 cc

CN 479501.1

Talla Grande Contorno 110-150 cm

Noche

△△ +900 cc

CN 490748.3

Super Noche

△△△ +1.200 cc

CN 462515.8

*Método Analítico Arbora & Ausonia/Procter & Gamble para la determinación de la velocidad de absorción y la sequedad que simula dos micciones medias de orina de 150ml cada una. Datos referidos a Elásticos talla Grande Super Noche. Diferencias de Lindor Elásticos vs. otros productos desde dos hasta cuatro veces más rápido.

ATENCIÓN AL PROFESIONAL:

☎ 902 40 40 35

✉ atencionprofesionales@lindor-ausonia.com

www.arbora-ausonia.com/farmacias



De venta en farmacias.

Reembolsado por la Seguridad Social

Calidad

Sin duda, se puede decir que el tema de la calidad es de gran actualidad. No es tan viejo tampoco el tema de la planificación de los cuidados, más habitualmente dejada a la mera demanda de los pacientes, más que a la planificación, que toma cuerpo especialmente con la profesionalización y la “academización” de la profesión de enfermería.

Los sistemas de calidad, que no son otra cosa que sistemas de gestión, tienen todos sus virtualidades. Parten del supuesto de que la buena voluntad o la respuesta espontánea a las demandas no es suficiente, sino que se han de conjugar verbos tales como: valorar, diagnosticar, planificar, ejecutar, evaluar, revisar... Verbos que hablan de una circularidad en la gestión, de una permanente tensión en la observación y en

ciones y los servicios prestados... Es el arte de impregnar los cuidados de ternura, de cordialidad, de algo entrañable que haga experimentar que los procesos que se realizan nacen de la bondad de una persona y llegan a la necesidad de otra persona.

En efecto, aún reconociendo las grandes virtualidades en cuanto hay detrás del mundo de la calidad (o de la «gestión de la excelencia» —en palabras del modelo europeo), percibo también un peligro no menor en este asunto: el mundo de la “calidad” tal como se entiende hoy (no como palabra vulgar que en la calle significa lo de siempre: bueno, bonito y barato; es decir: ético, estético y accesible); el mundo de la calidad —digo—, cuando se traduce en sistemas de control y verificación, proviene del mundo de la producción de bienes y de la competitividad. Vende más el que consigue mejores productos, más bonitos y más baratos: más tornillos, más coches, más ordenadores... Cuando estos modelos de “gestión” de la calidad (o de la excelencia) aterrizan en el espacio de los servicios, empiezan a encontrar algunas dificultades, así como:

Hemos de reconocer que quizás en geriatría llevamos un cierto retraso en la implementación de sistemas de calidad para los cuidados en relación a otros espacios de desarrollo de la enfermería, aunque sociedades científicas vayan definiendo diferentes indicadores de calidad.

el arbitraje de los mejores recursos (procedimientos técnicos o humanos) para cuidar.

Hemos de reconocer que quizás en geriatría llevamos un cierto retraso en la implementación de sistemas de calidad para los cuidados en relación a otros espacios de desarrollo de la enfermería, probablemente tanto en el escenario público como en el privado, aunque sociedades científicas vayan definiendo diferentes indicadores de calidad.

Deseo contribuir a la reflexión con algunas breves consideraciones en torno a la implementación de sistemas de calidad en geriatría, considerando la importancia que ha de tener la combinación de la misma con la calidez. No es un simple juego de palabras. Es obvio que la calidez es uno de los ingredientes más preciados de las personas mayores y sus familias. Inspira seguridad, cualifica las rela-

—¿Se puede registrar la intensidad de la ternura desplegada por los cuidadores?

—¿Se puede planificar y evaluar el autocontrol de la reactividad emocional de los profesionales ante situaciones difíciles de los pacientes o de sus familias?

—¿Se puede definir la calidad de vida cuando la persona mayor pierde sus capacidades cognitivas con parámetros?

—¿Se puede valorar el “corazón” de los más de 2 millones de “no enfermos” que acuden a atención primaria cada año y lo que necesitan es escucha?

—¿Son los registros realmente un paradigma de calidad cuando éstos no suelen medir la experiencia subjetiva o cuando la experiencia subjetiva no nos la puede dar la persona interesada?

No, no pretende ser ésta una resistencia a la implementación de los modelos de calidad en el espacio de los servicios y, concretamente en el mundo gerontológico. Es una reflexión hecha en voz alta y sometida a la crítica. También la hago a la sombra de quienes se lamentan por ser víctimas de crecientes procesos de burocratización relacionados con la calidad, disminuyendo así las posibilidades de mantener relaciones de calidad en más cantidad de tiempo con los destinatarios de nuestros servicios: las personas mayores.

Calidez

Soy consciente del interés variopinto por el tema de la calidez. También empresarios y ejecutivos piensan en la calidez buscando únicamente la satisfacción de los clientes, reduciéndose entonces a la sonrisa o cortesía (visiblemente artificial en muchos casos) de los prestadores de servicios. La calidez se puede incluso convertir en bonitos *slogans* para competir en el mercado intentando marcar la diferencia.

Algunas tesis sostienen que el concepto de calidad es tan amplio que comporta también el significado de la palabra calidez. Porque la gente, lo que busca no son sólo aspectos visuales (instalaciones, apariencia), o satisfacción de expectativas de manera correcta y oportuna, sino que busca también la disposición de los profesionales a escuchar a los destinatarios de los cuidados, a resolver dudas, a responder ágilmente, a inspirar confianza y seguridad con su competencia, honestidad, cortesía y, cómo no, con la genuina empatía.

Es cierto que los mayores y sus familias buscan todo esto. Y todo esto puede mejorar implementando los mejores sistemas de calidad y evaluación. Empiezan a surgir opiniones y herramientas para auditar la calidad relacional incluso con las personas con Alzheimer, que no nos pueden devolver su opinión al respecto.

No obstante, en todo caso, siempre habrá intangibles, siempre habrá porqués que influyen en los cómo de los cuidados, siempre habrá una dimensión genuinamente interior que cualificará los servicios a las personas mayores y que reclamará el mundo de las motivaciones intrínsecas tanto de la organización

como del individuo. Ese mundo es el potencial mayor del que disponemos para disolver la disyuntiva entre calidad y calidez, que algunos plantean así:

—¿Le sirve de algo la amabilidad de un cuidador, si el cuidado que usted recibe no cumple con la calidad esperada?

—¿Le sirve de algo la sonrisa del profesional si le dice —muy amablemente— que no hay lo que usted desea y que se debe esperar quién sabe cuánto tiempo?

—¿Prefiere la sonrisa del profesional, en vez de recibir el trámite que solicitó y pagó?

Efectivamente, bajo este planteamiento, si sólo enfocamos el cuidado con categorías de

Algunas tesis sostienen que el concepto de calidad es tan amplio que comporta también el significado de la palabra calidez. Porque la gente, lo que busca no son sólo aspectos visuales o satisfacción de expectativas, sino que busca también la disposición de los profesionales a escuchar a los destinatarios de los cuidados.

amabilidad, sin que las personas mayores y sus familias reciban lo que han solicitado o lo que necesitan, su percepción del servicio será negativa, y de ella se derivará su insatisfacción. No creo que este planteamiento dilemático sea el más adecuado. La respuesta a tales preguntas es obvia, prefiero las dos cosas y más.

Calidad y calidez

Creo que hay motivos para no oponer calidad a calidez y, en muchas ocasiones, hay motivos para decir que no siempre los conceptos o paradigma de calidad circulantes —teóricos y prácticos— incluyan la genuina calidez, esa que nace del corazón y que nunca se alcanzará a medir hasta el punto que digamos que “todo es medible” con indicadores.

Además de profesar mi fe en la necesidad de promover la aplicación de sistemas de cali-

ARGININA NM vial

Financiado por el
Sistema Nacional de Salud

Módulo líquido de L-Arginina



SABOR / PRESENTACIÓN: Neutro; caja de 90 viales de 5 g/20 ml

INGREDIENTES

- 5 g de L-Arginina.
- 0,01 g de Ácido Cítrico.

PARA EL TRATAMIENTO DIETÉTICO DE...

- Algunas enfermedades del metabolismo o en situaciones clínicas en las que se evidencia déficit de L-Arginina que no puede conseguirse con los aportes de una dieta habitual y para la confección de dietas modulares.
- Úlceras por presión. Prevención y tratamiento.
- Cicatrización de heridas.
- Metabolopatías.

INFORMACIÓN NUTRICIONAL

		por 100 g	por vial (5 g/20 ml)
<i>Valor energético</i>	Kcal	400	20
	Kj	1666	83,3
<i>Equivalente proteico (L-Arginina)</i>	g	99	4,95
<i>Hidratos de carbono</i>	g	0,09	0
<i>Lípidos</i>	g	0,09	0

DOSIFICACIÓN

- Las dosis siempre serán indicadas por el médico y estarán en consonancia con la situación clínica del paciente, se aconseja:
- Prevención: 2 viales de Arginina NM vial/día.
 - Tratamiento: 3 viales de Arginina NM vial/día.



¿Por qué en vial?

- Seguridad (no hay contaminación)
- Dosificación (exactitud)
- Comodidad
- Cumplimiento posológico

Código Registro Sanitario: 26.8866/M-8144
Código Nacional: 502153

NM **NUTRICIÓN MÉDICA**

NUTRICIÓN MÉDICA, S.L.
c/ Finisterre, 9 - 7º 3
28029 Madrid
Tel: 91 314 92 71
Fax: 91 733 30 12
www.nutricionmedica.com

PRONTOSAN®

La solución para la limpieza y descontaminación de heridas



Línea directa

Llamada gratuita

900 300 023

B. BRAUN

*Preparación del lecho de la herida
Control de la Infección
Reducción tiempos de cicatrización*

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical SA - División OPM - Ctra. de Terrassa, 121 08191 Rubí (Barcelona) Tel 93 586 62 00 www.bbraun.es

dad en la planificación de los cuidados, además de apostar por ello, creo que el compromiso por humanizar ha de llevarnos siempre a considerar los intangibles y su importancia.

El calor que nace del corazón apasionado, genuinamente interesado por los demás, que se traduce en éticas de virtud, que superan lo exigible por cualquiera, ese calor da calidad a las relaciones. El calor que no se paga con dinero, que evoca las más nobles motivaciones y deseos de hacer bien el bien, ese calor cualifica las planificaciones, los procesos y los resultados. Este calor propio de la sabiduría del corazón que tiene razones que la razón no entiende, como dijera Pascal, genera salud, previene dependencias, sana relaciones, da sabor a los cuidados, humaniza el

Además de profesar mi fe en la necesidad de promover la aplicación de sistemas de calidad en la planificación de los cuidados, además de apostar por ello, creo que el compromiso por humanizar ha de llevarnos siempre a considerar los intangibles y su importancia.

mundo del sufrimiento, la enfermedad, la dependencia y la muerte.

Si la calidad tiene que ver con el conjunto de propiedades que tiene que tener el servicio a las personas mayores y sus familias para identificar y satisfacer correctamente las necesidades de los destinatarios y las de los que los prestan, para que sea auténtica calidad, ha de tener —entre otras— la propiedad de la calidez.

Por eso, yo siento que la calidad es también una actitud, algo que habita o puede habitar a la persona y también a las organizaciones en las que trabajan y viven personas. Es un modo de mirar, pensar y hacer la realidad, basado en la búsqueda objetiva y subjetiva de lo bueno, lo óptimo, lo adecuado, lo razonable para un contexto y realidad concreta, en un tiempo concreto, con unos recursos siempre limitados.

Un paradigma: los pañales

No hace mucho me ha tocado —como a cualquiera— acompañar a varios pacientes próximos en su ingreso en el hospital. Ochenta años, setenta y cuatro, como la mayoría de los pacientes de muchos servicios de la mayor parte de nuestros hospitales. Alta tecnología, naturalmente, cantidad de acciones formativas anunciadas en los paneles de los profesionales, como es debido y estupendos procesos definidos en el despacho de la persona responsable de calidad. Normas ISO, autoevaluaciones EFQM, Joint Commission han estado y están en boca de todos los profesionales tanto en acciones formativas como en los sistemas informáticos de proceso de la información...

Y sin embargo, cuando el paciente tenía necesidad de hacer de vientre, la mecánica de todos los turnos era: le ponemos pañales, se lo hace encima y cuando toque “la ronda” se lo quitamos. Pacientes no incontinentes, pacientes que podían hacerlo solos en el cuarto de baño, con la simple ayuda para llegar al mismo.

¿Mucho trabajo? Es posible. Pero no. No lo justifica. Ni tampoco es esa la causa. En realidad, la escena, tan sencilla, es repetida en cantidad de hospitales de nuestro país, en cantidad de residencias, de servicios, públicos y privados. Así lo he verificado. Son las “órdenes” de los auxiliares o enfermeros ante las que, a veces, los enfermeros o el supervisor se sienten impotentes o “tiran la toalla” por la intensidad de la resistencia al sentido común y por otras causas que dificultan el liderazgo de los recursos humanos.

El término sentido común, según la enciclopedia, describe las creencias o proposiciones que parecen, para la mayoría de la gente, como prudentes, siendo esta prudencia dependiente de unos valores de conciencia compartidos que, permiten dar forma a una familia, clan, pueblo y/o nación. Y, yo me pregunto: ¿nos parece a los españoles que es de “sentido común” invitar a los pacientes a hacer sus necesidades en los pañales cuando pueden hacerlo en el baño? ¿Responde a algún tipo de prudencia que dependa de algunos valores? Estoy convencido de que no. Algo falla.

Quizás este tipo de sentido común nazca de la calidez del ser humano que encuentra un semejante necesitado, más que de complejos modelos de gestión.

Es posible pensar que esta práctica — más difundida de lo que pudiera parecer—, se da sólo con pacientes con una cierta edad, con algunos límites añadidos, de manera que se minimiza el impacto psicológico que esto pueda tener sobre ellos. Pero inmediatamente nos hemos de preguntar: ¿disminuye el pudor con la edad?, ¿no sería éste un paradigma etáista de discriminación?, ¿se justifica por la limitación de tiempo de los profesionales?

Calidad, calidez y humanización

Cada vez más estamos asistiendo, afortunadamente, a la reflexión sobre el significado de la humanización. Somos conscientes del peligro de que la despersonalización y el desarrollo tecnológico se conviertan en un cóctel maleficente para quien busca salud o trabaja en espacios que quieren generar salud o ayudar a recuperarla.

Se vislumbra en todos los espacios el riesgo de reificar, cosificar, simplificar las realidades de lo humano. Pero en realidad, el carácter humano del objeto de la labor de todos los profesionales de la salud no tiene por qué suponer una limitación. Antes bien, contar con un objeto de estudio, cuidado y atención, dotado de autoconciencia y de capacidad de comunicación, casi siempre resulta una ventaja maravillosa, que abre nuevas perspectivas.

Los enfermos presentan sus malestares y lesiones al cuidador como personas; esto es lo que experimentan subjetivamente de forma más directa y lo que suele motivarles a buscar alivio. Se presentan a sí mismos como individuos, y son precisamente esos individuos los que deben constituir el punto de partida de la cura y los cuidados.

La individualidad del paciente ha alcanzado su máxima expresión en el conocido «principio de autonomía». Frente a una visión patriarcal en el que la decisión corresponde exclusivamente al médico, se ha reivindicado la libertad del paciente para elegir en aquellas cuestiones que involucren su propio sistema de valores.

«Velar por nuestra salud nos confronta con alternativas que tienen que ver con nuestro propio destino. La lucha por la salud nos obliga a cargar con la responsabilidad propia de los agentes morales», afirma Engelhardt.

El escenario más habitual en el que se desarrolla la práctica sanitaria es la relación de dos individuos que entran en contacto: el profesional y el enfermo. Esto permite simplificar el siempre resbaladizo y a veces hueco concepto de «consenso entre distintas partes». Esta relación constituye un aspecto nuclear de la disciplina sanitaria que ha permanecido invariante desde sus mismos albores.

Diego Gracia ha escrito que humanizar «exige unas ciertas condiciones básicas, que si no se poseen pueden generar lo contrario

La individualidad del paciente ha alcanzado su máxima expresión en el conocido «principio de autonomía». Frente a una visión patriarcal en el que la decisión corresponde exclusivamente al médico, se ha reivindicado la libertad del paciente para elegir en aquellas cuestiones que involucren su propio sistema de valores.

de lo que se van buscando, es decir, generar procesos de deshumanización». Es decir, para humanizar los cuidados, el profesional debe actuar como ser humano, con la característica de autonomía que le es propia, y que se relaciona con otro ser humano, con la misma característica.

Son consideraciones éstas que profesionales sanitarios, filósofos y bioeticistas estamos haciendo en estos últimos años para contribuir a la humanización superando el paradigma paternalista imperante en la tradición.

Ahora bien, ¿de qué sirven todas estas consideraciones que me dan ganas de calificar de “alta alcurnia”, cuando al paciente se le obliga a hacer sus necesidades en el pañal pudiendo ir al baño?

Pudiera pensarse que éstas son cosas menores, mientras que la bioética se ocupa

de asuntos mayores, de alta intensidad y complejidad. Pues es que no. El respeto de la autonomía del paciente empieza por ahí, por lo fundamental, por entablar un diálogo sobre lo que a éste le interesa.

Como afirma Mark A. Siegler, «desde los tiempos antiguos, el encuentro entre el curador y el paciente ha constituido el principal medio por el que la medicina logra sus objetivos. Esta continuidad extraordinaria tiene su raigambre en el hecho de que la medicina responde a una necesidad humana universal e invariable: ayudar a los pacientes. Es más, la mayor parte de la ayuda médica se proporciona en el encuentro directo entre paciente y médico».

Y al decir médico estamos hablando de la relación profesional de la salud —paciente, no exclusivamente el galeno. En efecto, la herramienta que permite la comunicación entre el profesional y el paciente es el diálogo.

El diálogo es el vehículo a través del cual se pondrán en juego los valores del enfermo. De ahí que no sea suficiente que el profesional tenga presente que existe una pluralidad de valores y perciba la complejidad de la relación. Es necesario también el desarrollo de habilidades específicas: de comunicación, de relación de ayuda, de counselling... y de sentido común. Esta relación en los cuidados no con-

siste simplemente en manifestar preocupación y disposición a hablar con el paciente. Comprende también la capacidad para hablar y escuchar de un modo capaz de captar el impacto emocional que cada cosa que hacemos tiene sobre el paciente, el influjo que puede ejercer en la salud global de la persona. También de los pañales.

Para caer en la cuenta del rango de estas consideraciones, aterrizadas en el punto de mira del pañal (y en él simbolizados tantos cuidados), basta que le toque a uno mismo sufrir semejante desatino. Tenemos tarea para seguir trabajando por la humanización.

Quizás uno de los patronos de los enfermos, enfermeros y hospitales, San Camilo de Lelis, con palabras del siglo XVI, nos hacía una buena propuesta cuando se expresaba con estas palabras: «En el servicio a los enfermos, mientras las manos realizan su tarea, estén atentos: los ojos a que no falte nada, los oídos a escuchar, la lengua a animar, la mente a entender, el corazón a amar y el espíritu a orar».

Cuando este hombre, Camilo de Lelis, decía a sus compañeros que pusieran «más corazón en las manos», estaba pidiendo a quien hacía lo que tenía que hacer y lo hacía bien, que pusieran la calidez, el corazón en el proceso. El corazón inteligente: ahí está el secreto. •

«En el servicio a los enfermos,
mientras las manos realizan su tarea, estén atentos:
los ojos a que no falte nada,
los oídos a escuchar,
la lengua a animar,
la mente a entender,
el corazón a amar y el espíritu a orar»



OBDOS, S.L.

Productos Clínico-Sanitarios,
Ortopedia, Ayudas técnicas y Movilidad

ESPECIALISTAS EN GERIATRÍA

Venta a particulares e instituciones
Servicio a domicilio y Servicio técnico



PRODUCTOS ANTIESCARAS

- de látex,
- viscoelástico
- gel+silicona
- flotación líquida

MATERIAL CLÍNICO-SANITARIO

- Todo tipo de**
- ayudas técnicas,
 - movilidad y
 - ayudas en la vida diaria



OBDOS, S.L. • c/Indiano, 10 • Perales del Río • Getafe • 28909 Madrid
Tel. 916 849 214 / 629 178 157 / 629 178 273 • Fax 916 847 256
obdos@obdos.e.telefonica.net / pacobdos@hotmail.com • www.obdos.com

La importancia del uso de registros de calidad

como paradigma del buen hacer de la enfermería
y su situación actual
en las residencias de mayores
del Servicio Regional de Bienestar Social
de la Comunidad de Madrid

Carlos M^a Galán Cabello.
Enfermero.

Coordinación de Residencias de Mayores y
Centros de Día del Servicio Regional de Bienestar Social
de la Comunidad de Madrid.

Importancia del uso de registros de calidad
como paradigma del buen hacer
de la enfermería

Los registros de enfermería son el soporte documental donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente a una persona concreta, valoración, tratamiento recibido y su evolución.

Una de sus principales finalidades a de ser el Desarrollo de la enfermería. La enfermería como disciplina científica y profesional se desarrolla en base a la existencia de documentos a través de los cuales los profesionales dejamos constancia de todas las actividades que llevamos a cabo en el proceso de cuidar.

Los registros hacen posible el flujo de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta, el desarrollo de la actividad asistencial y poniendo de manifiesto una realidad de gran importancia en la actualidad como es el rol autónomo de la enfermería, permitiendo diferenciar la actuación propia de la del resto del equipo.

La explotación de la información contenida en los registros enfermeros permite dar cumplimiento al deber que tenemos las enfermeras de ampliar el cuerpo de conocimientos sobre los que se basa nuestra actividad profesional desarrollando la actividad docente e investigadora.

Los registros de la actividad enfermera permiten el análisis de costes y cargas de trabajo que contribuyen al desarrollo de nuestra profesión y a la gestión de recursos sanitarios tanto materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento.

Constituyen el testimonio documental de los actos del profesional a requerimiento de los tribunales y los administradores contribuyendo de manera eficaz en la protección jurídica y legal. Es muy importante contemplar los registros como los soportes documentales que nos permitirán defender nuestra actuación ante terceros. Son nuestros aliados.

El marco legal no es muy amplio, evolu-

cionado en nuestro país a partir de la *Ley General de Sanidad Española* del año 1986, (Ley 14/1986 de 25 de Abril). Esta ley desarrolla el artículo 43 de la Constitución Española que habla del derecho de protección a la salud. En relación con los registros y su constatación por escrito declara que el paciente tiene derecho:

«a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso y con su estancia en instituciones sanitarias públicas y privadas que colaboren con el sistema público»

«A que se le de en términos comprensibles, a él y a sus familiares o allegados, información completa y continuada, verbal y escrita, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento».

También establece esta ley el derecho de todos los pacientes a la constancia por escrito de todo su proceso.

Asimismo en su Art. 61: «garantiza también el derecho del enfermo a su intimidad personal y el deber de guardar el secreto profesional por quien, en virtud de sus competencias, tenga acceso a la historia del paciente».

Otro hito importante en el marco legal es también la *Ley Básica de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Clínica* del año 2002 (Ley 41/2002 de 14 Noviembre), en donde se desarrollan los principios generales de la *Ley General de Sanidad*, dando un trato especial a la autonomía del paciente y tratando con profundidad todo lo relativo a la documentación clínica generada en los procesos asistenciales y a los derechos de los usuarios en materia de documentación clínica.

Define importantes conceptos que cabe resaltar:

Documentación clínica:

«El soporte de cualquier tipo o clase que contiene un conjunto de datos e informaciones de carácter asistencial»

Historia clínica:

«El conjunto de documentos que contienen los datos, valoraciones e informaciones de cualquier índole sobre la situación y evolución clínica de un paciente a lo largo del proceso asistencial»

Información clínica:

«Todo dato, cualquiera que sea su forma, clase o tipo, que permite adquirir o ampliar conocimientos sobre el estado físico y la salud de la persona, o la forma de preservarla, cuidarla, mejorarla o recuperarla»

Regula cual es el contenido de la historia clínica de cada paciente:

«La historia clínica incorporará la información que se considere trascendental para el conocimiento veraz y actualizado del estado de salud del paciente. Todo paciente o usuario tiene derecho a que quede constancia escrita o en el soporte técnico más adecuado, de la información obtenida en todos sus procesos asistenciales, realizados por el servicio de salud».

Es en el punto 2 del citado artículo donde establece su contenido mínimo que será el siguiente:

1. La documentación hoja clínico-estadística
2. La autorización del ingreso
3. El informe de urgencias
4. La anamnesis y exploración física
5. La evolución
6. Las órdenes médicas
7. La hoja de interconsulta
8. Los informes de exploraciones complementarias
9. El consentimiento informado
10. El informe de anestesia
11. El informe quirúrgico o registro de parto
12. El informe de anatomía patológica
13. La evolución y planificación de cuidados de enfermería
14. La aplicación terapéutica de enfermería
15. El gráfico de constantes
16. El informe clínico de alta

Los apartados de evolución y planificación de los cuidados, el registro de las aplicaciones terapéuticas y el registro de las constantes son específicos de enfermería, lo que requiere de las enfermeras/as el registro de su trabajo, al menos en lo que se refiere a estos apartados, dejando constancia documental por escrito o en el soporte técnico más adecuado. Esto, unido a la identificación del pro-



DESINFECCIÓN 8

Un innovador concepto en el control de las infecciones de ArjoHuntleigh

Las infecciones contraídas en entornos de cuidado – infecciones nosocomiales – plantean un importante y creciente problema. Un estudio realizado en EEUU demuestra que cada 6 minutos una persona muere a causa de infecciones contraídas en el centro de cuidados. Con la emergencia y propagación de supervirus resistentes a antibióticos potencialmente mortales tales como el MARSA, un eficaz control de infecciones es ahora más necesario que nunca.

El concepto Desinfección 8 muestra con claridad la secuencia de beneficios que se obtienen cuando se establecen bases correctas para el control de las infecciones. Un control de infecciones eficaz puede desencadenar una serie de resultados positivos que realzan la calidad de vida de los residentes y los cuidados ofrecidos por el centro y profesionales. Los dos círculos del 8 muestran la cadena de efectos positivos que obtenemos, gracias a una buena planificación de los entornos de trabajo, equipamiento adecuado y protocolos de acción para llevar a cabo una eficaz desinfección.

La parte superior del círculo del 1 al 4, hace referencia al residente al receptor del cuidado. Círculo inferior del 5 al 8 controla los efectos de una buena higiene en el cuidador



Residente

- 1 Un buen entorno higiénico
- 2 Menor riesgo de contaminación cruzada
- 3 Una estancia más saludable para el residente
- 4 Mejor calidad de vida

Cuidador

- 5 Menor necesidad de tratamiento médico, menor carga
- 6 Personal más sano
- 7 Menos días de baja por enfermedad
- 8 Reducción de costes y mejor calidad de cuidado

Una buena sala de desinfección debería tener:

- Punto de recogida de artículos sucios
- Palangana lavamanos
- Termodesinfectador para la desinfección y limpieza automatizada de diversas cuñas, botellas de orina
- Lugar para almacenaje de artículos limpios.

La utilización de un termodesinfectador no únicamente ayuda a contribuir en la reducción de infecciones nosocomiales, personal y residentes más sanos, sino también en la reducción de costes. Permite hacer uso de artículos reutilizables en lugar de desechables reduciendo su coste al 50%, disminuye la ausencia laboral y la rotación de personal. ArjoHuntleigh tiene todos los elementos para ayudarles a conseguir una desinfección 8. Nuestros especialistas CAPN le ayudaran a poner en marcha el proceso ofreciéndole todos el equipamiento necesario y experiencia como profesionales. Póngase en contacto con nuestro delegado de zona o directamente con nosotros y solicite una visita a su centro.



Termodesinfectador Ninjo

ARJOHUNTLEIGH

Oficina Central Tel: 902 430 702 | Fax: 902 300 191 | E-mail: info@ArjoHuntleigh.es

www.ArjoHuntleigh.es

día a día **aumenta** **su calidad de vida**



Con fibra  para regular el tránsito y con seroproteína para evitar la pérdida de masa muscular.



NUTRICIA
Fortimel
Complete

fesional que lo realiza, deberá quedar registrado en la historia clínica.

«La cumplimentación de la historia clínica, en los aspectos relacionados con la asistencia directa al paciente, será responsabilidad de los profesionales que intervienen en ella».

Por ello, los registros que los enfermeros/as estamos obligados, profesional y legalmente a cumplimentar son la hoja de valoración al ingreso, el plan de cuidados, la hoja de evolución, el gráfico de constantes, la hoja de medicación y la hoja de enfermería al alta. Esta última, sólo en el caso que el paciente precise cuidados de enfermería tras su alta.

En cuanto a la utilidad o finalidad de la historia clínica, dice:

«La historia clínica es un instrumento destinado fundamentalmente a garantizar una asistencia adecuada al paciente. Los profesionales asistenciales del centro que realizan el diagnóstico o el tratamiento del paciente tienen acceso a la historia clínica de éste como instrumento fundamental para su adecuada asistencia».

Dentro de los criterios clásicos de valoración de la calidad asistencial está la adecuación a los estándares y normas de los registros de la actividad de enfermería, que pueden ser ejemplo o paradigma de cómo la enfermería e incluso toda la institución, donde desarrolla su trabajo, realiza su labor con criterios de calidad.

Las instituciones y empresas sanitarias y asistenciales no siempre han dado importancia a los registros de enfermería.

Sin la ayuda de la informática era muy difícil explotar los datos contenidos en ellos y mucho menos explotarlos como base para tomar decisiones asistenciales, de planificación y de administración de recursos.

Esto está cambiando en los últimos años debido al aumento de las reclamaciones judiciales derivadas de nuestra actividad. Las empresas son cada vez más conscientes de la importancia de los registros a la hora de defender la actuación de los profesionales y hacer frente a reclamaciones.

Muchas enfermeras tampoco le han dado importancia, ven el papel como una obligación administrativa que les aparta de su labor asistencial que consideran cumplen a la perfección y con esto les ha bastado hasta ahora.

Para ellas su trabajo fundamental está a pie de cama y consideran que la labor asistencial debe ocupar el 100% de su actividad laboral, olvidando toda actividad docente, investigadora y administrativa.

Para abordar la tediosa tarea de los registros se apañan con los documentos mínimos que les permitan comunicarse con el resto de enfermeras, y eso cuando han considerado necesaria la transmisión de alguna información; libros de incidencias, libros de registro de tareas, notas internas, tablón de anuncios, partes orales en los cambios de turno y sobre todo confiando en la memoria y la experiencia.

La resistencia al cambio es grande y es debido a múltiples factores no siempre fáciles de superar, la falta de tiempo, la carga de trabajo asistencial, la falta de aplicabilidad de algunos registros mal diseñados, las dificultades con la metodología algunas veces ajena a nuestra disciplina, dificultades propias para plasmar por escrito y transmitir adecuadamente nuestras experiencias en el trato con personas, la falta de costumbre, el desconocimiento del lenguaje adecuado y últimamente sobre todo la falta de formación específica en el uso de herramientas informáticas que no formaban parte de nuestro currículo académico.

A estas enfermeras es a las que tenemos que recordarles que los registros suponen el reconocimiento de nuestro trabajo, que son el salto de calidad que transforma una actividad vocacional en una profesión socialmente reconocida y debidamente recompensada.

La informática esta produciendo importantes cambios en nuestras formas de trabajo, programas diseñados específicamente para la labor asistencial son ya desde hace años una realidad en nuestro país.

La informática en el campo sanitario se ocupa de los recursos, los dispositivos y los métodos necesarios para optimizar la adquisición, almacenamiento, recuperación y utilización de la información.

Dentro de los criterios clásicos de valoración de la calidad asistencial está la adecuación a los estándares y normas de los registros de la actividad de enfermería, que pueden ser ejemplo o paradigma de cómo la enfermería e incluso toda la institución, donde desarrolla su trabajo, realiza su labor con criterios de calidad.

Si no registramos nuestra actividad, es imposible constatar lo específico que aporta a la atención de la salud la disciplina enfermera: cuidar.

El cuidado, por lo que tiene de cotidiano y de vinculado a lo femenino, ha permanecido al margen de la investigación y su estudio como base de la profesión enfermera se inicia a finales del siglo XIX, apareciendo las primeras teorías y modelos enfermeros a mediados del siglo XX.

Sólo a través del registro de todo aquello que la enfermera realiza podremos transformar el conocimiento común sobre los cuidados en conocimiento científico y contribuir con ello al desarrollo disciplinar y profesional.

En un futuro inmediato las comunicaciones se harán en su inmensa mayoría a través de los ordenadores, sustituyendo al teléfono y a los papeles. La enfermera no puede quedar aislada y al margen de este conocimiento. Y sobre todo se revolucionará nuestra forma de generar conocimiento básico para la toma de decisiones asistenciales.

La monitorización de la actividad asistencial dejará de ser monopolio de los gestores y responsables y cada profesional en su centro podrá ver como evolucionan los indicadores de su labor y le servirán de base para unas decisiones que ahora se toman de manera intuitiva.

Pero no todo vale y debemos tener en cuenta que los registros deben reunir una serie de condiciones para ser considerados unos registros de calidad:

- Adecuarse a los estándares, normas, procedimientos y protocolos de la institución.
- Ser eficaces, efectivos y eficientes.
- Asegurar la calidad científico-técnica y su ajuste a la *Lex Artis*.
- Permitir el avance del conocimiento enfermero.
- Dar respuesta a las necesidades de salud de la población.
- Permitir la docencia e investigación en cuidados.
- Disminuir la variabilidad de la práctica, garantizando la continuidad de los cuidados.

—Favorecer la comunicación con otras profesionales de enfermería utilizando un lenguaje común y codificado.

—Favorecer la comunicación multiprofesional e interdisciplinaria utilizando un lenguaje claro, conciso y comprensible.

—Ser respetuosos con marco moral y jurídico.

—Aportar y añadir valor a la actividad sanitaria y asistencial.

—Ser válidos, fiables, prácticos, flexibles, sencillos, medibles y evaluables.

—Permitir su incorporación a los Sistemas de Información informáticos que faciliten el aviso y las alertas, simplificando la planificación de las intervenciones.

—Y permitir la identificación de los buenos profesionales por el cumplimiento de los objetivos.

Un buen registro siempre debe cumplir con una serie de requisitos:

—**Simultaneidad:** los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia. Tenemos que tener en cuenta que lo que no se registra, al cabo de unos días, o unas horas, no existe. Por mucho que nos empeñemos en hacer valer nuestra memoria.

—**Objetividad:** se debe escribir de forma legible y ordenada, evitando abreviaturas que no sean de uso generalizado, tachaduras, etc. Los registros informatizados nos ayudan a salvar estas dificultades.

Podemos afirmar que unos buenos registros denotan unos buenos cuidados, y viceversa, unos registros defectuosos pueden ser interpretados como una mala ejecución de los cuidados, sobre todo con el paso del tiempo.

No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.

Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.

Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

Contemplo para la Enfermería de la Vejez un futuro, en cualquier caso, costoso, porque será necesario vencer un ideario clásico de devaluación profesional e invisibilidad social que bloquea nuestra participación, incierto pero sin duda ilusionante por las posibilidades de demostrar que se nos brinda, honorable y halagador por ser el escenario más rico para demostrar que unos cuidados de calidad, son capaces de mejorar y seguro prolongar la vida de lo seres humanos y desafiante, como «reto para avanzar en el hermoso arte y la compleja ciencia de cuidar».

Precisión y exactitud: deben ser precisos, completos y fidedignos.

Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.

Expresar sus observaciones en términos cuantificables.

Se debe hacer constar fecha, hora y la firma legible de la enfermera responsable.

Situación actual de los registros de enfermería en las Residencias de Mayores del Servicio Regional de Bienestar Social de la Comunidad de Madrid

En la actualidad conviven los sistemas de registro tradicionales en papel, en muchos casos propios de cada centro, con los registros informáticos centralizados y estandarizados de la Historia Integral del Residente, única para todos los centros. En estos momentos se esta reformando esta historia para hacerla más operativa y teniendo como meta la sustitución de la mayoría de registros en papel por registro digitales.

También han de adaptarse a los requerimientos de calidad de los servicios asistenciales y los nuevos registros definidos en los protocolos asistenciales del Servicio Regional de Bienestar Social que, desde febrero de 2006, regulan los procedimientos de trabajo asistencial en el ámbito de las actividades básicas de la vida diaria, la atención geriátrica y la gestión asistencial.

Los registros de la historia de enfermería informatizada utilizados en las residencias de mayores del Servicio Regional de Bienestar Social son un buen ejemplo del diseño de registros de calidad, teniendo la característica de estar en permanente evolución, cambio y adaptación a las necesidades de los profesionales y usuarios, con las mejoras aportadas por las enfermeras de todos los centros.

El Servicio Regional de Bienestar Social es un organismo autónomo dependiente de la Consejería de Familia y Asuntos Sociales de la Comunidad de Madrid.

Se ocupa de la gestión directa, entre otros, de 25 Residencias de Mayores con más

de 6.000 plazas. Entre sus principales objetivos están:

—La atención a las personas mayores usuarios de los centros.

—El desarrollo de los programas de actuación establecidos respecto de los centros, en el marco de los planes y programas de atención.

—Promover acciones de formación permanente y gestión del conocimiento en el Servicio Regional de Bienestar Social.

Dentro de este último objetivo están los planes de mejora de los sistemas de información y gestión del conocimiento.

Se han desarrollado nuevos Sistemas de Información específicos para centros residenciales de mayores, lo que permite obtener datos fiables y comparables sobre la actividad de toda la institución.

Éste es, en la actualidad, el requisito fundamental para conseguir un funcionamiento eficiente del sistema.

Los sistemas de información permiten controlar y optimizar mejor los diferentes elementos que forman parte del proceso asistencial.

Así, por ejemplo, se puede tener una información mucho más completa y exacta sobre datos de tipo sociosanitario y epidemiológico, crucial para establecer prioridades de la institución.

Además, un buen sistema de información, con datos fiables y transparentes, es básico para poder asignar de forma racional los recursos, definir las mejores prácticas clínicas para cada situación en función de la evidencia disponible, poder evaluar el cumplimiento de objetivos asistenciales y de gestión y simplificar procesos administrativos como, por ejemplo, la emisión de recetas, hojas de tratamiento, informes de derivación, informes de alta, etc.

Las aplicaciones informáticas que se utilizan en el área asistencial son:

• **Clasificación funcional de residentes C.F.R.** Es la aplicación derivada de la internacional R.A.I., que permite gestionar el sistema Clasificación Funcional de Residentes.

a) Permite la recogida de toda la información de las valoraciones interdisciplinares y forma parte de la valoración geriátrica integral.

b) A partir de aquí, una vez que toda la información precisa está incluida, la aplicación calcula automáticamente:

—El grupo R.U.G.-III en el que se clasifica al residente.

—Su grado de deterioro cognitivo mediante una escala de deterioro cognitivo validada internacionalmente.

—El nivel de autonomía o dependencia funcional para la realización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

—Las alertas detectadas en función de los factores de riesgo o alteraciones registradas por los diferentes profesionales, que se activan en función de la situación del residente. Estas alertas permiten gestionar los planes de intervención y cuidados y su inclusión en los distintos protocolos de actuación asistencial de la institución.

—Además, la aplicación permite la explotación de la información del Conjunto Mínimo Básico de Datos (C.M.B.D.) con fines estadísticos y de gestión.

La otra aplicación es la:

• **Historia integral del residente H.I.R.E.**
Es la aplicación informática central para la gestión asistencial en los centros residenciales de mayores del Servicio Regional de Bienestar Social.

a) Su función básica es la de actuar como Historia Clínica común para los distintos profesionales asistenciales del servicio.

b) Además de servir como herramienta para el trabajo asistencial de cada profesional, permite la gestión centralizada de todos los protocolos asistenciales facilitando tareas como las de seleccionar a los residentes que cumplen requisitos para ser incluidos en un protocolo específico.

c) Incluye la información precisa para valorar al residente según lo establecido en cada protocolo.

d) Y tiene utilidades como imprimir las hojas que recogen los cuidados individualizados para cada residente, obtener listados de residentes con características específicas, etc. que alivian la tediosa tarea administrativa.

• **Dentro de este programa informático** esta la Historia de Enfermería que aúna todas las fases del proceso de enfermería y que permite su utilización diaria por los profesionales. Es una historia informática que trata de hacer innecesario el registro en papel.



Virginia
Henderson

La Historia de Enfermería del Servicio Regional de Bienestar Social está basada en el modelo de las necesidades humanas básicas de Virginia Henderson.

Es una historia informatizada que trata de mejorar el trabajo diario de la enfermera de nuestros centros.

Principales características:

• Utiliza el modelo de escritorio virtual al permitir un acceso personalizado en equipos que utilizan varios profesionales en el que hay que introducir el código de usuario y la contraseña y es de acceso único para cada enfermera.

• Tiene una pantalla inicial de la historia común, que sirve de acceso a todas las historias.

• Esta pantalla inicial de la historia de enfermería tiene un árbol de accesos basada en el modelo de las necesidades

humanas básicas de Virginia Henderson.

- La pantalla de registro de constantes, supone un salto cualitativo de mucha importancia. El médico puede ver desde su consulta esta pantalla en tiempo real (imagen 2).

- Continúa con varias pantallas de valoración siguiendo las 14 necesidades: respiración, eliminación, etc.

- Tiene también un registro de lesiones cutáneas. Esta pantalla tiene la característica que permite firmar digitalmente la realización de la cura. No necesita registro de papel alguno (imagen 3).

- La historia incluye el módulo de protocolos asistenciales. En ella se ve el resultado de la Valoración Geriátrica Integral e Integrada, pues resume los problemas y necesidades detectados en el usuario en el proceso de valoración desde las aplicaciones C.F.R. e H.I.R.E por todos los profesionales asistenciales (imagen 4).

- Desde ella se accede a las pantallas específicas de cada plan para la conservación, mantenimiento y potenciación de las actividades de la vida diaria o a los planes de prevención, corrección y tratamiento de diferentes síndromes geriátricos.

- Dentro de cada plan se determinan qué tareas ha de realizar y registrar el auxiliar de enfermería y se elabora automáticamente la hoja de registro del

plan de cuidados básicos de enfermería. En esta hoja, el auxiliar de enfermería tiene anotados los cuidados que la diplomada ha ordenado realizar y registra los cuidados prestados (imágenes 5A Y 5B).

Futuro de la historia informatizada de enfermería.

Esta historia de enfermería está siendo revisada en la actualidad para dotarla de mayor operatividad y tratando de recoger las aportaciones de los profesionales que trabajan a diario con ella y son los que ha mantienen viva.

En esta reforma, que están diseñando enfermeras, se tratará de incluir las siguientes novedades:

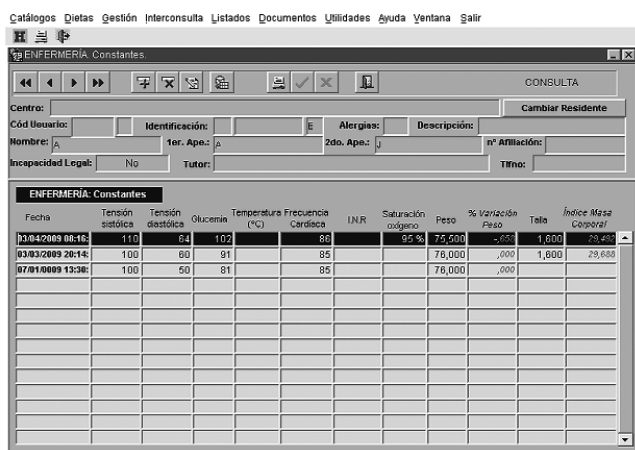
- Una pantalla de incidencias clínicas con las anotaciones de todos los profesionales.

- Una agenda de tareas diarias que sirva de recordatorio de los cuidados que hayamos planificado y que incluya un sistema rápido de firma digital de realización de estos cuidados.

- La pantalla de acceso a la historia será un resumen de la información mas relevante del usuario que nos de una visión global.

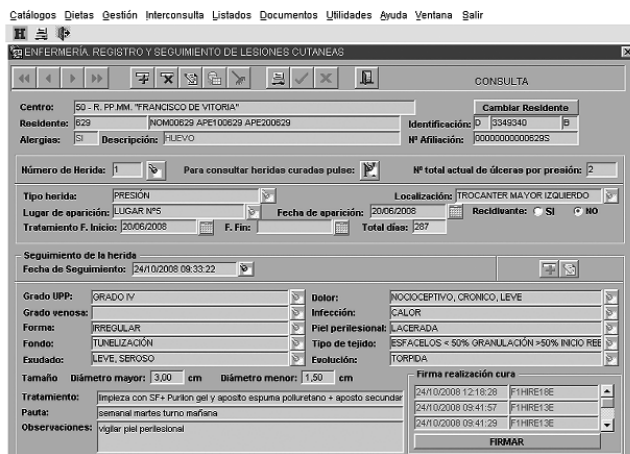
- Se mejorarán las pantallas de registro de constantes y controles haciéndolas más accesibles y fáciles de manejar.

Imagen 2.
Registro de constantes



Fecha	Tensión sistólica	Tensión diastólica	Glucemia	Temperatura (°C)	Frecuencia Cardíaca	INR	Saturación oxígeno	Peso	% Variación Peso	Talla	Índice Masa Corporal
13/04/2009 08:16	110	64	102		86		95 %	75,000	-0,00	1,600	29,43
03/03/2009 20:14	100	80	91		85			76,000	,000	1,600	29,68
07/01/0009 13:38	100	50	81		85			76,000	,000		

Imagen 3.
Registro de lesiones



Centro: 50 - R. P.P.M. "FRANCISCO DE VITORIA"

Residente: 629 **Identificación:** 3349340

Alergias: SI **Descripción:** FLEVO **Nº Afiliación:** 00000000006293

Número de Herida: 1 **Para consultar heridas curadas pulse:** [X] **Nº total actual de úlceras por presión:** 2

Tipo herida: PRESIÓN **Localización:** TROCANTER MAYOR IZQUIERDO

Lugar de aparición: LUGAR NPS **Fecha de aparición:** 20/06/2008 **Recidivante:** SI NO

Tratamiento F. Inicio: 20/06/2008 **F. Fin:** **Total días:** 287

Seguimiento de la herida: Fecha de Seguimiento: 24/10/2008 08:33:22

Grado UPP: GRADO IV **Dolor:** NOCICEPTIVO, CRONICO, LEVE

Grado venoso: **Infección:** CALOR

Forma: IRREGULAR **Piel perilesional:** LACERADA

Fondo: TUNELIZACIÓN **Tipo de tejido:** ESFACELOS < 50% GRANULACIÓN > 50% INICIO RES

Exudado: LEVE, SEROSO **Evolución:** TORPDA

Tamaño: Diámetro mayor: 3,00 cm Diámetro menor: 1,50 cm

Tratamiento: Impleja con SF + Purion gel y apósito espuma poliuretano + apósito secundario

Pauta: semanal martes turno mañana

Observaciones: vigilar piel perilesional

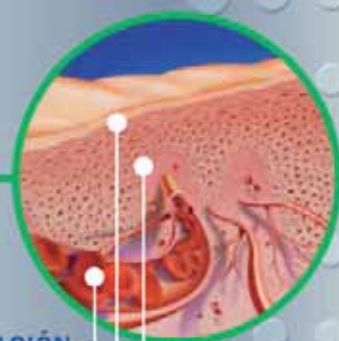
Firma realización cura: 24/10/2008 12:18:28 F1HRE1SE
24/10/2008 09:41:57 F1HRE1SE
24/10/2008 09:41:29 F1HRE1SE

FIRMAR

¿ Riesgo de ulceración ?

nuevo
producto

Corpitol® Emulsión



AUMENTAR LA MICROCIRCULACIÓN
ESTIMULAR LA RENOVACIÓN CUTÁNEA
ACTUAR CONTRA LA INFLAMACIÓN

Corpitol® Emulsión

RECONSTRUYENDO LO ESENCIAL

Corpitol Emulsión es el 1º tratamiento específico que asocia el Corpitolinol 60 tocoferol. Corpitol Emulsión está indicado en el tratamiento de los trastornos cutáneos tróficos de origen vascular. Corpitol Emulsión se presenta en un frasco anticontaminación (Airless) de 100ml. Para más informaciones : www.laboratorios-urgo.es



CN198137.0

EURO RSCG LIFE

Hay vida en **URGO**

Biatain Contact.
La combinación
más fuerte.
Así de sencillo

nuevo

Alta absorción
+
Adherencia selectiva



Biatain Contact
Apósito auto-adherente

- >> Fácil de utilizar
- >> Superior control del exudado
- >> Protección de la piel



Coloplast Productos Médicos, S.A.
Condesa de Venadito, 5 - 4ª planta
28027 Madrid
España
Tel: 91 314 18 02
Fax: 91 314 14 65
Email: crn@coloplast.com
<http://www.coloplast.es>



Biatain



LA PLANIFICACIÓN DE CUIDADOS COMO PARADIGMA DE CALIDAD

M^a Teresa Rodríguez Díaz
D. U. E.
R.P.P.MM. Santiago Rusiñol. S.R.B.S.
Comunidad de Madrid.
Vocal de Formación AMEG

Este artículo pretende hacer reflexionar a los profesionales de enfermería, sobre la importancia de la planificación de cuidados como modelo de calidad y cómo nos sirve de instrumento de evaluación y control de los cuidados aplicados a cada individuo que atendemos. Partiendo de los conceptos de calidad y cuidar, se hace un análisis del proceso de cuidados para formular una definición propia de plan de cuidados, que nos guíe hacia la mejora de la calidad asistencial.

Concepto de calidad

Desde 1995, año en el que se crea la Dirección General de la Calidad de los Servicios en la Comunidad de Madrid, se han estado desarrollando numerosos programas de calidad, que lo que persiguen es la excelencia en el quehacer diario de organizaciones y empresas públicas y privadas. Poco a poco, estos programas han ido desarrollando un cambio cultural en el ámbito sociosanitario, que ha provocado que los profesionales de enfermería se planteen la necesidad de definir el producto enfermero, así como el planificar y gestionar los cuidados con un enfoque hacia la calidad.

El concepto de calidad se refiere a «las características de los productos o servicios de una determinada organización, que les hace aptos para satisfacer las necesidades de sus potenciales clientes» (1). Este enfoque de la calidad va más allá de la búsqueda de un producto bien hecho, y apunta a la satisfacción del cliente. Para llevar el concepto de calidad al ámbito de la enfermería, es necesario definir primero nuestro producto, que en definitiva es un servicio al ciudadano. El servicio que los profesionales de enfermería prestan a sus clientes son los cuidados, por tanto, el producto enfermero es el cuidado, término que analizaremos más detenidamente en el siguiente apartado.

Asimismo, es necesario mencionar que nuestros clientes, en el ámbito sociosanitario

no solo son los usuarios que reciben directamente los cuidados, sino que también son sus familias. Por ello cuando cuidamos, además de quedar satisfecho el usuario, también tenemos que satisfacer las expectativas de sus familiares, de ahí la importancia de tener una visión global e integral de las necesidades de nuestros clientes, para formular una buena planificación de sus cuidados, que nos permitirá conocer qué es lo que debemos hacer para alcanzar nuestro objetivo final, que sin duda alguna es la satisfacción del cliente, y por tanto, la excelencia en el cuidar.

Concepto de cuidar y cuidado

Según el diccionario de la Real Academia, el término **cuidar** procede del latín *cogitare*, que significa poner atención, esmero y solicitud en la ejecución de una cosa; asistir, prestar ayuda; guardar, conservar, custodiar; discurrir, pensar; mirar uno por su salud, darse buena vida; vivir con advertencia, preocuparse. Y el término cuidado, viene del vocablo *cogitatum*, que significa pensamiento. En castellano se define como ocupación o asunto a cargo de uno; esmero y atención.

A lo largo de la historia de la enfermería son muchas las teóricas que se han escrito sobre categorías como: el arte y la ciencia de la enfermería humanista, relaciones interpersonales, sistemas o campos de energía, enfo-

cando sus modelos en distintas ideas; y se han formulado teorías en las que se analizan y exponen distintos conceptos de enfermería. Pero todas tienen un factor común que son los cuidados. Cabe destacar la definición de Madeleine Leininger, que afirma que los cuidados son «los actos de asistencia, apoyo o facilitación hacia o para otro individuo, o grupo, con necesidades evidentes o anticipadas, para mejorar su condición humana o su modo de vida» (2). Asimismo, Jean Watson en la formulación de su teoría manifiesta que «los cuidados están compuestos por factores cuidativos que conducen a la satisfacción de ciertas necesidades humanas» «Los cuidados eficaces son aquellos que promueven la salud y el crecimiento individual o familiar... El ejercicio de los cuidados es el eje central de la enfermería» (2).

Analizando todas las definiciones de cuidados y aquellas alusiones que se hacen a los mismos en los distintos modelos de enfermería, aunque no es el objeto de este artículo, se puede deducir que el concepto de cuidar está implícito en la naturaleza humana como necesidad básica. Por tanto, podemos afirmar que cuidar es preocuparse de los individuos, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle a una persona que recobre la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud o enfermedad estando presente, mantener su bienestar y preservar su dignidad. El cuidado debe ser profesional, estar basado en la evidencia y en el conocimiento científico, que busque satisfacer las necesidades y cumplir las expectativas de los destinatarios, para ofertarlo con eficiencia y excelencia. En este sentido, el proceso de cuidados nos ayuda a tener un marco conceptual para el ejercicio de la profesión, constituyendo una orientación y modelo referencial de la práctica enfermera, con el objetivo de evitar la variabilidad de la práctica no refrendada desde la evidencia científica.

Proceso y planificación de cuidados

Desde 1859, cuando Florence de Nightingale usa el razonamiento inductivo y la observación para formular su teoría, en la que establece que «la enfermería es el arte especializado del cuidado» se han desarrollado di-

ferentes modelos de aplicación de los cuidados de enfermería, que profundizan en el campo de los conocimientos propios a través de la utilización del método científico, surgiendo así, el Proceso de Atención de Enfermería o Proceso de Cuidados, que nos ayuda a elaborar los Planes de Cuidados individuales.

En este apartado pretendo enunciar algunas de las diferentes definiciones de este proceso y recordar brevemente en qué consiste, con la finalidad de definir qué son los planes de cuidados como modelo de calidad.

Según Ann Marriner es «la aplicación de la resolución científica de problemas a los cuidados de enfermería». J.M. Deiminger lo define como «forma ordenada y sistemática de determinar los problemas de un individuo, formulando y realizando los planes para resolverlos, llevando a cabo dichos planes, evaluando su eficacia según la reducción de los problemas identificados». H.Yura y M.Walsh, nos hablan de calidad en su definición, «es la forma fundamental de la práctica de la enfermería. Una serie de acciones encaminadas a cumplir los propósitos de la enfermería, mantener el bienestar del cliente, y si su estado de salud cambia ofrecerle la cantidad y calidad de cuidados que exija su situación para devolverlo a su bienestar. El PAE contribuirá a la calidad de vida del cliente, aplicando al máximo sus recursos mientras viva». Y por último, Carmen de la Cuesta afirma que «es una manera de prestar cuidados de enfermería de forma racional. Una aproximación científica, humanista y didáctica con una base de conocimientos independientes» (3).

Las características principales del proceso de cuidados que se deducen de estas definiciones quedan recogidas, a modo de resumen, en el cuadro 1. Los objetivos que persigue dicho proceso son: servir de modelo e instrumento de trabajo al profesional de enfermería, imprimir a la profesión un carácter científico; favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, consciente, ordenada y sistematizada; favorecer el pensamiento reflexivo y analítico, trazar objetivos y actividades evaluables; mantener una investigación constante sobre los cuida-

El cuidado debe ser profesional, estar basado en la evidencia y en el conocimiento científico, que busque satisfacer las necesidades y cumplir las expectativas de los destinatarios, para ofertarlo con eficiencia y excelencia.

**Nuevos Allevyn Gentle y
Allevyn Gentle Border**
para pieles frágiles

 **smith&nephew**

ALLEVYN®

Apósitos



Nuevo
ALLEVYN GENTLE
Financiado por el SNS

Por que todos los pacientes se merecen el mejor camino hacia la cicatrización

Nuevo

Máxima nutrición en el mínimo volumen...



- Vainilla suave
- Frutas del bosque



- Vainilla
- Albaricoque



...con la gama más amplia del mercado

dos y desarrollar una base de conocimientos propia para conseguir una actuación independiente y específica de enfermería.

El Proceso de Cuidados consta de cinco etapas, como se puede observar en el cuadro 2, se estructuran de forma cíclica por lo que no existe una delimitación estricta y sí una interacción constante durante la actuación profesional. De las cinco etapas, la planificación de cuidados es, junto con la valoración, una de las fases más laboriosas de realizar, ya que en ella se planearán los cuidados que se deben proporcionar al cliente, para alcanzar los objetivos establecidos y garantizar así el trabajo bien hecho. Es un proceso continuo y dinámico de previsión de recursos y servicios necesarios para conseguir dichos objetivos según un orden de prioridades establecido, permitiendo elegir la solución más optima entre muchas alternativas.

En una entrevista que realizaron a Virginia Henderson, en 1984, ésta manifestó que la planificación de cuidados «supone hacer que el plan responda a las necesidades del individuo, actualizarlo como convenga a partir de los cambios, utilizarlo como un historial y asegurarse de que se adapta al plan prescrito por el médico. Un buen plan integra el trabajo de todos los miembros del equipo de salud» (2). Partiendo de esta afirmación, de las definiciones anteriores y teniendo en cuenta los conceptos fundamentales de la calidad total que se enumeran en el cuadro 3, definimos los planes de cuidados como contratos de calidad con los usuarios, en los que se dan a conocer los cuidados prestados por un equipo determinado, así como el nivel de calidad que dicho equipo se compromete a alcanzar en la prestación de los cuidados, mediante el establecimiento de objetivos, actividades, indicadores y estándares.

Evaluación del proceso

Mediante la evaluación del proceso de cuidados, medimos y comprobamos los resultados obtenidos, las actividades realizadas, los recursos utilizados y los cambios experimentados como resultado de la actuación profesional, respecto a los objetivos de trabajo

que previamente habíamos formulado. Podemos afirmar que la evaluación es el control de calidad de la prestación de cuidados: estudia y compara cómo se han llevado a cabo las intervenciones, evaluamos así, el esfuerzo realizado por el equipo profesional; mediante los indicadores y estándares previamente fijados. Mide la consecución de los objetivos marcados, comprobando de esta forma, la efectividad del método a través de los resultados obtenidos y nos sirve para conocer si realmente hemos cuidado todo lo que tenemos que cuidar.

Llegados a este punto, cabe plantearse ¿para qué controlamos? La respuesta es simple, necesitamos fiscalizar el proceso para tener la certeza de que lo que estamos haciendo tiene los resultados que esperábamos. En este caso, el control tiene una función de retroalimentación, que nos aporta una información valiosa, sin la que no podríamos mejorar. Por otro lado, supervisamos el producto ofrecido, los cuidados, con la finalidad de tener información sobre la calidad prestada y la satisfacción del usuario.

Gestión de la calidad de los cuidados

Para que la planificación de cuidados sirva de modelo de calidad, en la práctica de enfermería, tendríamos que hablar de la gestión de la calidad de los cuidados, centrada en tres grandes áreas:

Profesionalización: analizar y profundizar en el modelo de cuidados a seguir, definir el producto y asumir el rol de cuidar.

Capacidad de gestión: esta área nos dice cómo lo vamos a hacer, el saber planificar: qué y cómo hacer. Permite conocer las competencias que tienen los profesionales y que son necesarias para llevar a cabo la atención que se ha definido en el plan de cuidados. Por último, sirve para establecer sistemas de información que permitan conocer cómo se desarrolla el producto.

Cambio del rol en la empresa: crear una organización del trabajo en la que cuidar sea el centro de atención por parte de todos los profesionales (4).

Si queremos conseguir calidad en los

Definimos los planes de cuidados como contratos de calidad con los usuarios, en los que se dan a conocer los cuidados prestados por un equipo determinado, así como el nivel de calidad que dicho equipo se compromete a alcanzar en la prestación de los cuidados, mediante el establecimiento de objetivos, actividades, indicadores y estándares.

cuidados, las organizaciones tendrían que establecer estrategias para poder lograrlo. Creemos importante establecer un plan estratégico de recursos humanos y otro de formación continua, que hagan hincapié tanto en el modelo, como en el proceso a seguir, para detectar las necesidades de desarrollo del personal y provea las acciones y recursos necesarios para que cada profesional pueda disponer de las competencias requeridas para dar cuidados excelentes.

Conclusiones

Una vez analizados los conceptos de calidad, cuidados y planificación de cuidados, podemos concluir esta reflexión con los siguientes puntos:

- El plan de cuidados es un compromiso de calidad.
- Es importante personalizar los cuidados a fin de responder a las necesidades y expectativas de las personas.
- Permite planificar intervenciones realistas que permitan mantener a la persona en una situación óptima de bienestar e independencia.
- Coordina el trabajo en equipo, indicando lo que hay que hacer, cómo, cuándo y quién lo hace.
- Permite ejercer un mayor control sobre el trabajo de los diferentes profesionales que intervienen en su ejecución.
- Sirve de instrumento para la evaluación de la calidad de los cuidados y de las cargas de trabajo.

(4) PEREZ COMPANY, P., *Pensando en la calidad de los cuidados*. Enfermería Global. Nov 2002.
Disponble en: www.um.es/eglobal/

CUADRO 2



CUADRO 3

CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA CALIDAD TOTAL	
• Orientación de la empresa hacia la satisfacción del cliente	
• Relaciones de asociación con proveedores y clientes	
• Participación de las personas	
• Gestión y medición de los procesos	
• Mejora continua	
• Lo que no se mide no se puede mejorar	

Bibliografía

- (1) MORENO CASAS, J. L.; BLANCO LOSADA, M. (coord.), *Manual de implantación del Plan de Calidad de la Comunidad de Madrid*, Madrid, 1998
- (2) MARRINER, A., *Modelos y Teorías de Enfermería*, Ed. ROL, Barcelona, 1989
- (3) MARTÍNEZ DE ITURRATE ARIN, J.; CUADRILLERO MARTÍN, F., *Curso de Aplicaciones Prácticas en Cuidados de Enfermería. Consejería de Sanidad y Bienestar Social*, Consejo Autonómico de Colegios de Enfermería, Castilla y León.

CUADRO1

CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE CUIDADOS	
• Es la aplicación del método científico a la práctica de la enfermería	
• Utiliza una terminología común para todos los profesionales	
• Está centrado en el cliente marcando una relación directa entre éste y el profesional	
• Orientado hacia la búsqueda de soluciones	
• Tiene una meta clara	
• Tiene validez universal	
• Consta de cinco etapas	

Nuevo

TIELLE*

APÓSITO HIDROPOLIMÉRICO NO ADHESIVO

Xtra



Para una solución a medida



controla el exudado

se puede cortar

protege

*La cicatrización
de las heridas está
en sus manos*

FORO DE DEPENDENCIA DE AMEG:

Autonomía y dignidad en residencias de ancianos y centros sociosanitarios

OBJETIVO ELABORAR EL DOCUMENTO DE CONSENSO:

«Criterios y estándares de cuidados en residencias y centros sociosanitarios»



ORGANIZA:

ASOCIACIÓN MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA (AMEG)

PARTICIPAN DE FORMA ACTIVA:

Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA) • Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG)
Sociedad Madrileña de Geriátrica Y Gerontología (SMGG) • Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEG)
Sociedad Española de Médicos de Residencias (SEMER) • Sociedad Española de Enfermería Sociosanitaria.
Colegio de Enfermería de Madrid • Profesionales de diferentes disciplinas y puestos



CALIDAD Y ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Antonio Peñafiel Olivar
Enfermero, Vicepresidente de AMEG
Director de GEMUC

Área de Calidad del Servicio Regional de Bienestar Social

1. INTRODUCCIÓN

Comenzaré definiendo de forma sucinta a los usuarios reales y potenciales de lo que denominamos *cuidados de media y larga duración*. Para esta cuestión en nuestro país necesitamos introducir un concepto muy usado como el de lo *sociosanitario*. Es un término acuñado en el Modelo Catalán de atención Sociosanitaria en los años 80.

Cuando hablamos del usuario sociosanitario nos referimos a un ciudadano que no puede cuidarse por sí mismo (dependiente) y que necesita intervenciones de tipo social, vinculadas con la necesidad de ayuda en las actividades de la vida diaria, y sanitarios relacionados con la aparición de enfermedades, y donde convergen estas dos necesidades de forma simultánea

En palabras de la Subcomisión del Ministerio de Sanidad de planes Sociosanitarios, (Diciembre, 2001):

«Usuario sociosanitario es aquella persona que necesita de una atención simultánea del sistema social y sanitario ante un determinado proceso.»

La atención que se presta a este usuario sigue un modelo asistencial basado en dos aspectos fundamentales:

- »Mejora o mantenimiento de sus síntomas y de su autonomía física, psíquica y/o social.
- »Mantenimiento del usuario en su domicilio o entorno habitual.»

Persigue una finalidad: asegurar la mejor calidad de vida posible tanto al usuario como al cuidador principal.

Concretando, podemos clasificar al usuario en los siguientes perfiles según sus necesidades:

Personas mayores:

- Persona mayor frágil
- Persona mayor con pluripatología y déficit funcional potencialmente recuperable.
- Persona mayor en situación de dependencia no recuperable
- Personas mayores con demencia

Enfermos mentales crónicos:

- Trastornos generalizados del desarrollo
- Trastornos mentales graves del adulto

Grandes discapacitados:

- Déficit sensoriales: sordera, ceguera
- Retraso mental: población con retraso mental profundo y severo
- Grandes discapacitados físicos sin posibilidades de reinserción sociolaboral (tetraplejias, reumatismos)

Enfermos terminales:

- Cuidados paliativos

Personas con enfermedades que tienden a evolucionar a la cronicidad y con gran dependencia funcional:

- Enfermedades neurodegenerativas
- Patología orgánica en fase avanzada

Personas en situación de precariedad social y con problemas sanitarios.

Personas con adicción a sustancias.

En definitiva nos enfrentamos a un conjunto de situaciones de gran complejidad, donde se precisa una amplia red de recursos acordes con las necesidades que plantea este grupo de población.

2. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

En Atenas en 1999, los Ministros de Salud de Europa celebraron la 6ª Conferencia de Ministros de Salud, donde acordaron como objetivos de la atención sociosanitaria los siguientes:

- Definir la tipología de usuarios que precisan atención sociosanitaria.
- Definir las características generales de atención.
- Definir los criterios para el acceso a estos servicios y la puerta de entrada.
- Proponer un sistema de información adecuado.
- Proponer instrumentos de valoración interdisciplinar que facilite la continuidad de los cuidados.
- Establecer un sistema de evaluación del impacto de resultados, orientado a la mejora continua.

El modelo de atención considerará como prioritario:

- Preferencia por recibir el cuidado y mantenerse en el domicilio el mayor tiempo posible.
- Permanecer en compañía de sus familiares y personas más allegadas.
- Disponer del apoyo de los servicios formales (profesionales) e informales.
- Obtener la mejor calidad de vida posible durante su proceso crónico o de discapacidad de la enfermedad.

El enfoque de este modelo desde lo estrictamente sanitario camina con un enfoque centrado en los cuidados, donde se hace imprescindible el abordaje interdisciplinar, la evaluación integral del usuario, y donde los costes no son tecnológicos si no de personal cuidador. (Ver figura 1).

El modelo está basado en el trabajo en equipo, en la valoración interdisciplinar, y en la atención integral de la persona.

Para esto necesitamos una red de recursos global (donde las medidas se tomen en todos los recursos de la red), gradual (que contemple la atención corta, media, y larga), sectorizada (un sistema integral conectado), permeable (tanto los usuarios como trabajadores se puedan mover con facilidad por el sistema).

En definitiva el modelo debe considerar de forma importante:

- La coordinación social-sanitaria.
- La búsqueda del mayor nivel de autonomía personal e integración en su medio.
- La prevención promoción de la salud y la autonomía.
- La valoración integral/continuidad de cuidados.
- La rehabilitación física/psíquica y social.
- El mantenimiento del usuario en su entorno.
- El apoyo a los cuidadores informales.

3. LA GESTIÓN DE LA ATENCIÓN

Para que el sistema funcione de forma eficiente y eficaz, necesitamos un equipo con gran dedicación a la gestión de casos, que permita asignar al usuario, en función de sus necesidades, el recurso más adecuado.

Para ello precisamos de un sistema de información común, que recoja los aspectos fundamentales que marcan el consumo de recursos de estos usuarios: grado de autonomía en las actividades de la vida diaria, estado de salud, necesidad de cuidados, potencial de rehabilitación, situación sociofamiliar y del entorno, etc.

Este tipo de sistemas permite clasificar al usuario en función del consumo de recursos y poder, asimismo, conocer el perfil más sanitario o más social, y de este modo asignarle el recurso más adecuado.

A nivel internacional contamos con el Resident Assessment Instrument (RAI), que permite clasificar al usuario por grupos de iso-

consumo de recursos (Resource Utilization Groups, Grupos RUG).

Este sistema de información tiene una doble utilidad: una clínica, pues de él se obtienen los problemas reales y potenciales para establecer un plan de cuidados interdisciplinario, y a la vez con los grupos RUG tiene una utilidad de gestión para asignar recursos y medir las cargas de trabajo y necesidades de personal en este tipo de organizaciones.

Es evidente que después de todo lo anterior necesitamos una red de recursos que nos permita atender a las necesidades de nuestros clientes a un coste óptimo. Un ejemplo de Sistemas Integrales de Recursos Socio-sanitarios, puede ser el siguiente:

- Recursos de apoyo en el domicilio:
 - Tele asistencia domiciliaria
 - Atención domiciliaria social
 - Atención domiciliaria sanitaria: equipos de soporte
 - Hospitalización a domicilio
- Recursos de atención diurna:
 - Hospital de día
 - Centro de día
 - Centro ocupacional: rehabilitación
- Recursos institucionales:
 - Centros residenciales
 - Viviendas tuteladas
 - Unidades de media estancia, convalecencia o cuidados intermedios
 - Unidades de larga estancia

4. LEY 39/2007 DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Su propósito es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, garantizando un contenido mínimo en cualquier parte del territorio español.

Consta de cuatro apartados fundamentales:

—**Título 1.** Sistema de atención a la dependencia

—**Título 2.** Medidas para asegurar la calidad

—**Título 3.** Infracciones y sanciones

—**Disposiciones adicionales:** participación financiera del Estado.

La ley habla de dos tipos de prestaciones: los servicios y las prestaciones económicas, aunque los servicios tienen carácter prioritario.

El catálogo de prestaciones ofrece: servicios de prevención de dependencia, servicio de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, centros de día y noche, atención residencial, etc.

La ley clasifica al usuario en tres grados en función del nivel de dependencia, y la necesidad de ayuda en las Actividades Básicas de la Vida diaria (Ver tabla 1):

TABLA 1

GRADOS DE DEPENDENCIA SEGÚN LA LEY DE 39/2007 DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA.

• **DEPENDENCIA MODERADA GRADO 1:** Ayuda para realizar varias Actividades Básicas de la Vida diaria (ABVD) al menos una vez al día.

• **DEPENDENCIA SEVERA GRADO 2:** Ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere apoyo permanente de un cuidador.

• **GRAN DEPENDENCIA GRADO 3:** Ayuda para varias ABVD, varias veces al día y necesita apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal

El usuario participará en la financiación y coste del servicio según su capacidad económica y personal. Ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos.

5. CALIDAD DEL SERVICIO AL USUARIO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La figura dos destaca los aspectos fundamentales que, a mi juicio, se deben contemplar en la organización y gestión de cuidados de calidad en cualquier organización.

Necesitamos definir la misión de nuestra organización, responder a la pregunta de: ¿por qué existimos?, ¿cuál es nuestra razón de ser?:

«Prestar la atención que necesitan las personas que, debido a sus graves problemas de salud, a sus limitaciones funcionales o a su situación de exclusión social o de riesgo de estarlo, requieren una atención sanitaria y social, simultánea, coordinada y estable».

Este podría ser un ejemplo de misión de un servicio de cuidados de larga duración sacado del modelo de atención sociosanitario de las diputaciones vascas.

Como objetivo general y como referente, podemos tomar uno de los planteados en el Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid del año 1998:

«Ofrecer una atención globalizada, que integralmente contemple las necesidades de todo tipo (sociales, sanitarias, económicas, culturales), mediante la oferta de un abanico de servicios que, a la vez que persiguen el mayor nivel de calidad, se realicen optimizando al máximo la contribución de los ciudadanos a través de sus impuestos».

Un propósito fundamental que, a mi juicio, no puede ni debe perder de vista este tipo de organizaciones es la de: «mejorar la calidad de vida de nuestros usuarios», a través de los siguientes objetivos:

- Mantener y mejorar la autonomía física, psíquica y funcional para el desarrollo de las AVD.
- Eliminar fuentes indeseables de discomfort.
- Llenar el tiempo de ocio.
- Evitar complicaciones físicas, psicológicas y funcionales.
- Satisfacer las necesidades espirituales y psicoafectivas.

—Mejorar las alteraciones psiquiátricas y conductuales.

Hay algunos aspectos relacionados con el cliente que ya hemos descrito en la primera parte de este artículo, que me gustaría resaltar de cara a configurar lo que Donabedian denomina amenidades y que me parecen fundamentales en lo que yo llamo: «la calidad centrada en la persona». Estas dimensiones deben ser consideradas en cualquier contexto donde se presten cuidados de larga duración

(Ver tabla 2):

TABLA 2

ATRIBUTOS A CONSIDERAR EN LA CALIDAD CENTRADA EN LA PERSONA
• PRIVACIDAD: Derecho de los individuos a permanecer solos, no molestados y libres de la curiosidad o intrusión de la atención pública.
• DIGNIDAD: Respeto a su individualidad y sus necesidades personales, tratando con respeto su opción personal.
• DERECHOS: Mantenimiento y fomento del desarrollo de los derechos civiles de la ciudadanía.
• INDEPENDENCIA: Considerando la independencia de pensar y actuar sin referencia a otra persona. Esta dimensión se opone al paternalismo.
• CAPACIDAD DE ELECCIÓN: Oportunidad de disponer y seleccionar independientemente entre un abanico de opciones.
• SEGURIDAD: Sentimiento de protección y apoyo frente a las contingencias personales y del medio.
• DESARROLLO PERSONAL: Mantenimiento y fomento de las aspiraciones y capacidades personales.
• CONFORT: Encontrarse satisfecho y en circunstancias agradables sin sensaciones molestas o preocupaciones.

Fuente: ANTONIO PEÑAFIEL. *Modelo de atención sociosanitario*, 2007.

Después de definir la misión, de definir nuestros clientes y sus necesidades, necesitamos los procesos en forma de servicios que vamos a prestar y con el grado de calidad que vamos a poder dar:

La figura 3 nos muestra los procesos clave y de apoyo que se dan en organizaciones de cuidados de larga duración.

Los procesos clave son aquéllos que se prestan de forma directa al usuario y son la esencia del servicio, y los de apoyo son aquéllos que complementan y hacen que los procesos clave se puedan llevar a cabo:

Todo usuario pasa por un proceso de ingreso y acogida para conseguir la adaptación del usuario al centro, un proceso de valoración de necesidades, donde se detallaran sus problemas y necesidades alteradas desde una perspectiva multidisciplinar, a partir de aquí la estancia del usuario se gestionará ofreciendo un plan de intervención individual que responda a las necesidades alteradas y a los servicios complementarios demandados como son los hosteleros, el ocio, la limpieza, etc.

Con este enfoque de la organización que se gestiona por procesos, con la búsqueda de satisfacción de usuarios y trabajadores, necesitamos ajustar unos criterios de prestación del servicio y unos estándares de cumplimiento que definirán el compromiso de mi organización con el ciudadano y que dará como resultado mi carta y cartera de servicios.

En función de la tipología de usuarios atendidos en nuestros centros, podemos organizar los servicios en programas de atención de los que saldrán varios protocolos que definan los criterios técnicos de prestación del servicio:

- 1. Programa del usuario autónomo:** animación sociocultural, prevención primaria y secundaria de la enfermedad, revitalización física y mental.
- 2. Programa de convalecencia:** rehabilitación y inserción social del postagudo.

3. Programa de atención a procesos terminales: manejo de síntomas, asistencia en el duelo y la muerte.

4. Procesos agudos: actuaciones en los procesos agudos que se pueden tratar con los recursos que tenemos.

5. Programa de atención al deterioro cognitivo: psicoestimulación, manejo de alteraciones de conducta.

6. Programa de atención ante limitaciones leves, moderadas o severas de la dependencia: cuidados de prevención y tratamiento de las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria.

Existen modelos como el de la *Joint Commission* norteamericana que establece unos criterios y estándares óptimos y alcanzables en este tipo de centros, y que estimulan la mejora continua de la organización, que es un propósito que hay que tener en mente en todo tipo de organización.

Los estándares internacionales de esta organización incluyen todos los temas más relevantes en la gestión de estas organizaciones, además contienen muchos de los criterios de calidad y liderazgo de las normas ISO 9000, y se complementan con criterios del modelo EFQM, entre otros.

La *Joint Commission* es una organización independiente sin ánimo de lucro, dedicada a la creación de estándares y a la acreditación de organizaciones sanitarias y socio-sanitarias. Contemplan de forma resumida aspectos relacionados con:

1. Accesibilidad y continuidad de la atención.
2. Derechos de la persona y familia.
3. Valoración de las necesidades de la persona y familia.
4. Cuidados, servicios y soporte.
5. Gestión del dolor y cuidado al final de la vida.
6. Educación de la persona y familia.
7. Gestión y mejora de la calidad y seguridad.
8. Vigilancia, prevención y control de la infección.
9. Liderazgo y dirección.
10. Gestión y seguridad de las instalaciones.

11. Gestión del personal, cualificaciones y educación.

12. Gestión de la información.

Finalmente, todo lo anterior lo sustentan los recursos que mi organización puede tener. Los recursos siempre son limitados y han de estar en consonancia con nuestra misión, las necesidades de nuestros usuarios, con los servicios en forma de compromiso que hemos adquirido con ellos y con la forma o grado de calidad que hemos definido para prestar los servicios.

Pero hay que considerar que el peso de los recursos humanos en estas organizaciones es muy alto; entre un 70-80 % del coste de este tipo de organizaciones.

Un instrumento útil de medición del consumo de recursos y de gestión de la atención en estos servicios es el ya descrito *Resource Utilization Group*, que permite clasificar al usuario en función del consumo de recursos.

Dado que en estas organizaciones tiene un peso importante el cálculo de las cargas de trabajo y las necesidades de personal, sobre todo de atención directa en cuidados básicos, este instrumento nos puede servir además de para estimar el coste por usuario, para calcular la plantilla que necesitamos y gestionar la misma en función de la tipología de usuarios atendidos.

Este sistema se desarrolló en los Estados Unidos en 1988, donde un grupo constituido por geriatras, psicogeriatras, enfermeras, trabajadores sociales, gestores, etc., desarrollaron el *Resident Assessment Instrument* (RAI) (Hawes.C, et al).

El RAI contiene la información necesaria para clasificar a los usuarios (RUG-III).

El RUG III, utiliza para agrupar a los usuarios, diversas variables del RAI como el estado cognitivo, emocional, función física, diagnósticos, signos y síntomas, etc. A la vez incorpora la recogida de información sobre servicios de atención directa suministrados (soporte Actividades Básicas de la Vida Diaria <ABVD>, cuidados de enfermería, terapias suministradas, prescripción de tratamientos y procedimientos médicos).

Este instrumento (RUG-III), a partir de esta información clasifica a los pacientes en función de su perfil funcional y de los cuidados suministrados. El perfil funcional físico se mide a través de un índice de ABVD que considera cuatro actividades (movilidad en la cama, transferencias, vestirse y comer). El rango va de 4 (máxima autonomía) a 18 (máxima dependencia).

El sistema clasifica en 44 agrupaciones, resumidas en 7 categorías mayores clínico-asistenciales con isoconsumo de recursos distintos medido en consumo de tiempo de personal.

Las categorías mayores son las siguientes:

- **Rehabilitación Especial:** administración de terapias (logopedia, terapia ocupacional, fisioterapia), a partir de una intensidad mínima de 45 minutos semanales.

- **Tres categorías: Servicios Extensivos, Cuidados Especiales, Complejidad Clínica.** Definidas a partir de una combinación de dependencia funcional media a una elevada y la presencia de componentes clínicos y procedimientos médicos y de enfermería que derivan en un componente sanitario importante.

- **Tres categorías de menor complejidad sanitaria: Deterioro Cognitivo, Problemas de Comportamiento y Funciones Físicas Reducidas:** estas categorías clasifican al usuario en función del deterioro cognitivo o funcional físico, pero con un bajo índice de cuidados sanitarios.

La valoración del estado cognitivo se hace recogiendo variables como la memoria, toma de decisiones, autonomía para comer.

Se usa la escala denominada Cognitive Performance Scale (CPS) (Escala CPS de Capacidad Cognitiva). Va de 0 (buena capacidad) a 6 (Intenso deterioro cognitivo).

En resumen este sistema es útil para conocer la casuística de los centros de cuidados de media y larga duración, útil para la gestión de cuidados (permite estimar plantillas y costes en función del consumo de recursos), y permite comparar y definir la tipología de usuarios de los diferentes servicios.

CONCLUSIONES

- Resulta imprescindible hacer una minuciosa definición de los perfiles de los usuarios de servicios sociosanitarios, así como de sus necesidades y servicios que precisan.
- El enfoque filosófico de este tipo de centros debe estar basado en el cuidado, como elemento fundamental de la mejora en la calidad de vida de estos usuarios.
- Una asignatura pendiente y que es determinante en la eficacia del sistema, es la convergencia simultánea de lo social y lo sanitario. Dado que el individuo es indivisible los servicios también deben serlo.
- Una visión importante del modelo es el propósito de, siempre que se pueda, mantener al usuario en su entorno y de apoyar a los cuidadores.
- Será determinante desde el punto de vista de política y gestión sociosanitaria la aplicación de la Ley de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.
- Es muy importante conseguir la completa ejecución de esta ley de cara a homogeneizar las prestaciones por dependencia en nuestro país.

- Hay que hacer un esfuerzo importante por definir la misión, visión, valores y objetivos de los servicios de cuidados de media y larga duración. Esto permitirá determinar la cartera y carta de servicios que asumen.
- La calidad centrada en la persona, considerando los aspectos emocionales, y lo que Donabedian denomina «amenidades», deberían ser incorporados a cualquier sistema de gestión de la calidad.
- Necesitamos establecer programas por tipología de usuario con sus respectivos protocolos e indicadores, que permitan ejecutar y medir el servicio que prestamos a este ciudadano.
- Necesitamos acreditar la calidad que prestamos con algún modelo. El modelo de la Joint Commission responde de forma muy cercana a la visión que tienen los profesionales del sector sociosanitario de lo que es calidad.
- Finalmente, es imprescindible el uso de un sistema de información específico del sector sociosanitario que recoja la complejidad del usuario y que sirva tanto de instrumento clínico de planificación de cuidados, como sistema de medición del gasto y necesidades de personal. El RAI/RUG responde a estas necesidades.

Bibliografía

- Atención sociosanitaria en España: perspectiva gerontológica y otros aspectos conexos*, Madrid, 2000.
- RODRÍGUEZ CABRERO Y COL, *Modelos de Atención sociosanitaria: Una aproximación a la Dependencia*, IMSERSO, 2002
- BOULT CH., ET AL., *Systems of care for older population of the future*, JAGS, 1998: 46, N CARRILLO, ET AL., «Comparaciones Internacionales de residentes en centros de media y larga estancia y clasificación en case-mix: perspectivas actuales». *Revista de Gerontología*, 1996, 6 (4): 285-293.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G., *La dependencia en España*, Diario médico. Com.
- HAWES, C., ET AL., *Development of the nursing home Resident Assessment Instrument in the USA*, Age and aging, 1997: 26-52: 19-25.
- OUSLANDER, *Medical care in the Nursing Homes*, McGraw-hill, 1997
- PEÑAFIEL OLIVAR, A., *Cuidados de enfermería gerontológica*, 1999
- Modelo y Metodología de cuidados: Normas generales*, Ponencia-Congreso 2003, Confederación Estatal de Personas Mayores: Ley de dependencia.
- TONI RIVERO, *Fundación Instituto de Envejecimiento: Escenarios Territoriales de la Ley de Apoyo a las Personas con Dependencia en España*, Horizonte, 2007-2009
- BOE, 299, Viernes 15 de Diciembre de 2008: *Ley 39/2006 de 14 de Diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia*
- Documento de La Subcomisión del Ministerio de sanidad de planes sociosanitarios*, Diciembre, 2001
- Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid*, Julio de 1998

FIGURA 1



FIGURA 2

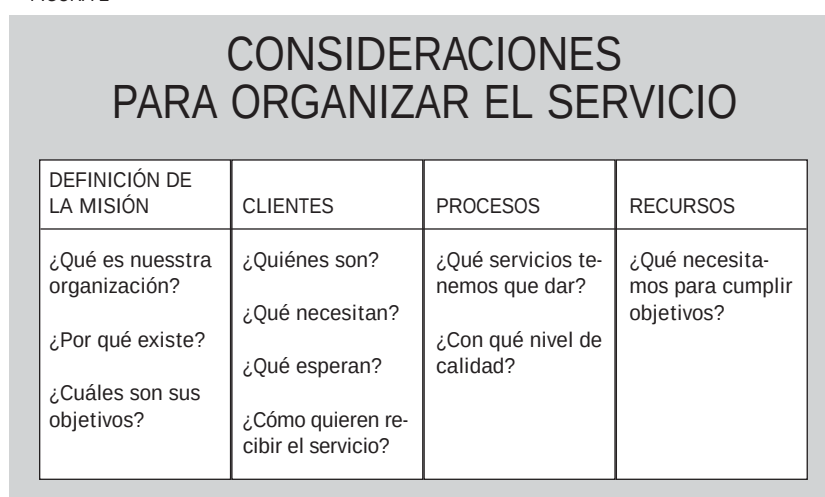
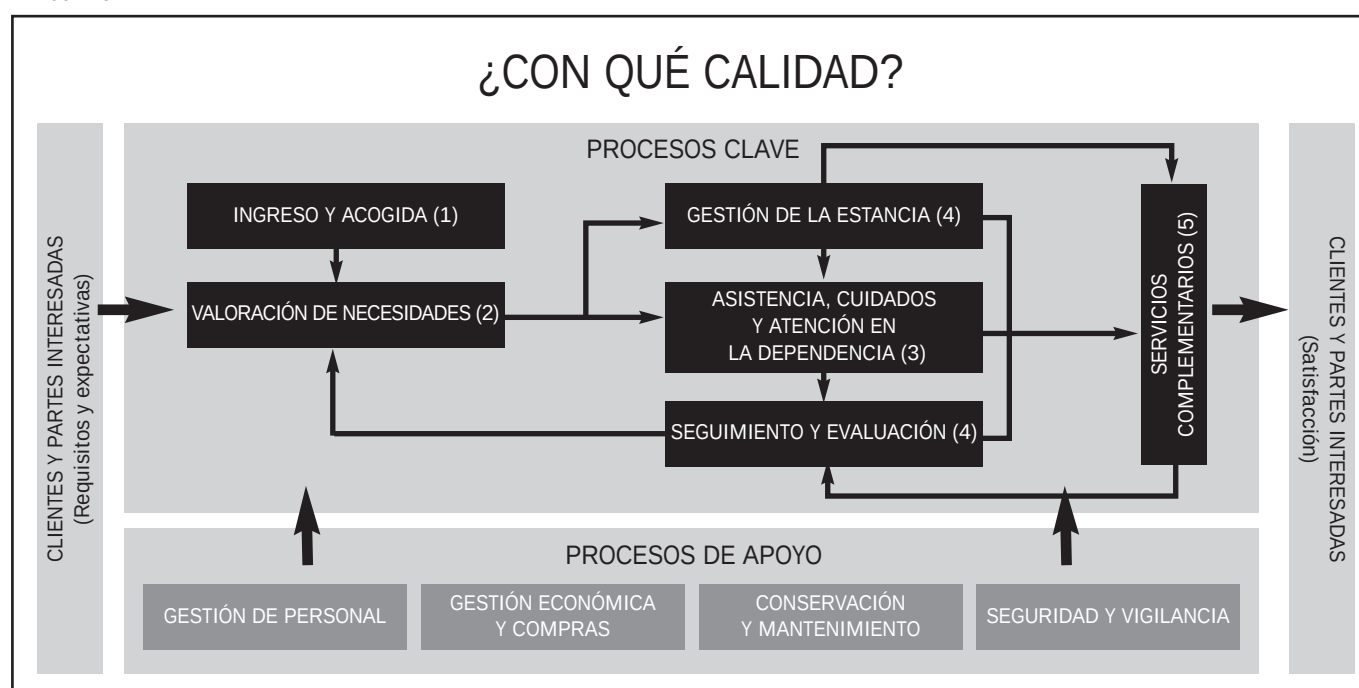


FIGURA 3



Tratamiento de las heridas crónicas

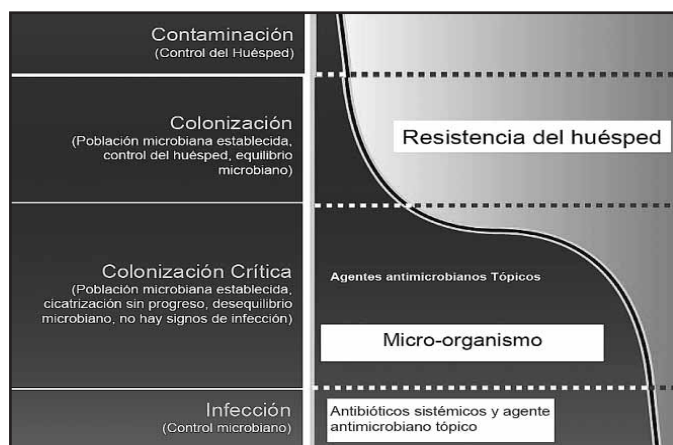
Infección

María Teresa Segovia Gómez
Enfermera
Miembro del Comité Director de Geneaupp
Responsable Unidad Ulceras y Heridas
Hospital Puerta de Hierro de Madrid

1. INFECCIÓN: DEFINICIÓN

- Infección: resultado de las interacciones dinámicas entre: huésped, patógeno potencial y el entorno.
- Se produce cuando los microorganismos consiguen superar las estrategias de defensa del huésped.
- Resultado: cambios nocivos para el huésped.

Niveles de contaminación



2. FACTORES RELACIONADOS CON LA INFECCIÓN

Todo tipo de pacientes:

- Edad
- Estrés físico o emocional
- Herencia
- Estado nutricional
- Terapias médicas
- Otras patologías: diabetes, EPOC...

3. CRITERIOS DE IDENTIFICACIÓN DE LA

INFECCIÓN EN LAS DIFERENTES HERIDAS

3.1 Criterios tradicionales:

- Absceso.
- Celulitis.
- Exudado.
- Exudado seroso con inflamación.
- Seropurulento.
- Hemopurulento.
- Pus .

- La celulitis.
- El mal olor.
- El dolor.
- El retraso de la cicatrización.
- El empeoramiento de la lesión.
- La dehiscencia de la herida.

3.4 Úlceras por presión

• Celulitis:	8-9 diagnósticos
• Cambio de la naturaleza del dolor: • Crepitación. • Aumento del volumen de exudado. • Pus. • Exudado seroso con inflamación. • Eritema progresivamente mayor. • Tejido viable que se vuelve esfacelado. • Calor en los tejidos circundantes. • Cicatrización interrumpida pese a las medidas oportunas.	6-7 muy importantes
• Aumento de tamaño de la herida pese al alivio de la presión: • Eritema. • Tejido de granulación friable que sangra con facilidad. • Mal olor. • Edema.	5-6 importantes

3.2 ¿Por qué redefinir los criterios de infección?

La identificación de criterios de infección nuevos lograría una identificación más precisa y temprana de la misma, reduciendo la morbilidad de los pacientes y la carga socioeconómica asociada a las complicaciones.

3.3 Criterios comunes

Los criterios comunes a todo tipo de heridas son:

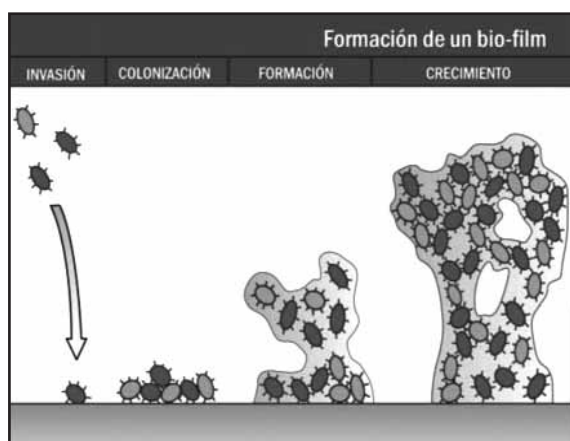
4. MICROORGANISMOS, BACTERIAS, BIOFILMS

4.1 ¿Cómo actúan las bacterias?

- Multiplicándose.
- Virulencia.
- Mediante toxinas.
- Biofilms.

4.2 Biofilms

Biofilms: comunidades de células microbianas adheridas a las superficies y revestidas de limo. Su formación dificulta la fagocitosis y la acción de los antibióticos y de los antimicrobianos.



4.2.1 ¿De qué se compone un biofilm?

- Componente mayoritario: agua.
- Exopolisacáridos secretados por las propias células.
- Menor proporción: macromoléculas.

La estructura de un biofilm es sólida, existiendo canales para permitir el flujo de: nutrientes, agua, y oxígeno.

4.2.2 ¿Por qué nos preocupan los biofilms?

En condiciones favorables todas las bacterias pueden formar un biofilm. Se estima que los biofilms están asociados a un 65% de las in-

fecciones nosocomiales. Los biofilms son menos susceptibles a nuestro sistema inmune, por lo que una infección asociada a un biofilm puede persistir por un largo periodo de tiempo. Los biofilms pueden ser 1000 veces más resistentes a los agentes antimicrobianos que las bacterias en estado planctónico.

5. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN DE LAS HERIDAS

5.1 Desbridamiento

¿Por qué desbridar?

- Facilitar la valoración de la herida.
- Disminuir el riesgo de infección.
- Favorecer el proceso de cicatrización.
- Optimizar el control del olor.

Sistemas de desbridamiento

- Quirúrgico o cortante.
- Enzimático.
- Autolítico.
- Mecánico.
- Biológico.

5.1.1. Desbridamiento cortante o quirúrgico

- Forma más rápida de eliminar escaras: procedimiento cruento.
- Requiere conocimientos, destreza y técnica estéril.



VENTAJAS:

- Es la técnica más rápida y efectiva para eliminar tejido necrótico.
- Permite mejorar la perfusión local.
- Disminuye el riesgo de infección.
- El sangrado permite liberar algunas citoquinas con influencia en los primeros estadios de la cicatrización.

INCONVENIENTES

- Dolor.
- Bacteriemia transitoria.
- Daño a estructuras tejidos nobles (tendones o nervios).
- Riesgo de hemorragia.

CONTRAINDICACIONES: ABSOLUTAS

- Falta de habilidad.
- Úlcera no cicatrizable.
- Septicemia (en ausencia de cobertura antibacteriana).
- Estado general del paciente.

CONTRAINDICACIONES: RELATIVAS

- Pacientes con anticoagulantes.
- Atención domiciliaria.

CONTRAINDICACIONES DEL DESBRIDAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL

- Placas necróticas en talones sin signos clínicos de infección local
- Úlceras en zonas no viables.
- Úlceras arteriales.

5.1.2. Desbridamiento enzimático

VENTAJAS

- Método selectivo.
- No dolor, no hemorragia.
- Fácil uso en A. Domiciliaria y sociosanitaria.
- Se puede utilizar conjuntamente, quirúrgico y autolítico.

- Favorece la creación de tejido de granulación.
- Atrae fibroblastos a la herida.
- Estimula los mecanismos de "autodesbridamiento".
- Proteger la piel perilesional.
- Humedecer el lecho de la herida.
- No utilizar junto a povidona yodada.

• Cuidado con neomicina.

- Antisépticos
- Metales pesados
- Detergentes
- Jabones

- Otros preparados enzimáticos tópicos

• Antibióticos aplicados localmente:

- Tirotricina
- Gramicidina
- Tetraciclinas

5.1.3. Desbridamiento autolítico

- Favorecido por productos concebidos en el principio de la cura en ambiente húmedo.
- Desbridamiento selectivo y atraumático.
- Aporta agua, rehidrata el coágulo y promueve la autólisis.
- Absorbe los esfacelos y el exceso de exudado.
- Tiene un efecto bacteriostático.



5.1.4. Desbridamiento combinado

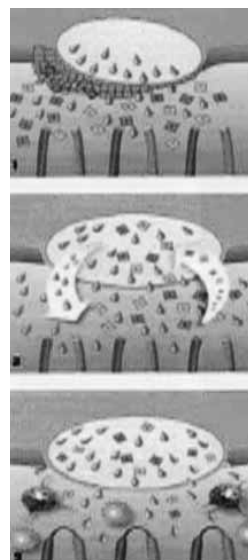


- Desbridamiento con colagenasa
- Desbridamiento enzimático + autolítico

5.1.5. Desbridamiento mecánico

- Abrasión mecánica (frotamiento) dextranómeros.
- Irrigación a presión de la herida.
- Uso de apósitos humedecidos (cura húmeda).
- Técnicas no selectivas y traumáticas.
- Poco respetuosas con el entorno local de la herida.
- Interfieren el proceso de cicatrización.
- Actualmente en desuso.

5.1.6. Desbridamiento osmótico



Los apósitos de poliacrilato también constituyen una excelente opción de desbridamiento.

5.1.7. Desbridamiento biológico. Terapia larval

- Alternativa no quirúrgica.
- Lesiones de diferente etiología.
- No se conocen efectos secundarios, ni alergias.
- Reduce de manera importante la carga bacteriana.

En la correcta elección estarán los buenos resultados.

6. ANTISÉPTICOS

Antiséptico: producto químico que se aplica sobre los tejidos vivos con la finalidad de eliminar microorganismos patógenos o inactivar virus.

6.1. Criterios a tener en cuenta en la elección de un antiséptico

El antiséptico ideal debería cumplir los siguientes atributos clave:

- Amplio espectro de actividad.
- Baja capacidad de generar resistencias.
- No ser tóxico.
- Tener un inicio de actividad rápido.
- No ser irritante, ni sensibilizante.
- No teñir tejido.
- Ser efectivo.
- Que no se inactiven en contacto con la materia orgánica.
- Duración prolongada (efecto residual).

6.2. Principales características de los antisépticos

ANTISÉPTICO	ESPECTRO	INICIO ACTIVIDAD	EFFECTO RESIDUAL
Alcohol 70°	Bacterias: gram+ y gram-, virus	2 minutos	Nulo
Clorhexidina	Bacterias: gram+ y gram-, esporas, hongos y virus	15-30 segundos	6 horas
Yodo	Bacterias: gram+, gram-, hongos y virus	3 minutos	3 horas
H ₂ O ₂	Bacterias: gram+, gram-, virus	Inmediato	Nulo

ANTISÉPTICO	ACCIÓN FRENTE A MATERIA ORGÁNICA	SEGURIDAD	TOXICIDAD	CONTRAINDICACIONES
Alcohol 70°	Inactivo	Inflamable	Irritante	Heridas abiertas
Clorhexidina	Activo	[] >4% puede dañar tejido	No tóxico	—
Yodo	Inactivo	Retrasa crecimiento tejido granulación	Irritación cutánea Absorción a nivel sistémico	Embarazo, recién nacidos, lactantes, alteración tiroidea
H ₂ O ₂	Activo	Inactivo en presencia de aire y luz	Irritante en mucosas	Peligro de lesionar tejidos en cavidades, riesgo de embolia gaseosa

6.2.1. Antibióticos tópicos más utilizados

- Sulfadiazinaargéntica:
 - Primer agente tópico aprobado por la FDA para el tratamiento de las quemaduras.
 - Agente de uso tópico de amplio espectro
 - Muy utilizado en la profilaxis y tratamiento de la infección de las quemaduras.

Se han descrito:

- Resistencias
- Sensibilizaciones
- Puede producir leucopenia transitoria.
- Mupirocina: antibiótico efectivo en infecciones estafilocócicas (incluido SARM). Su utilización indiscriminada está provocando un incremento de resistencias.

- Metronidazol: antibiótico efectivo frente a anaerobios, de gran utilidad para el tratamiento del olor.

Productos con plata

- Nitrato de plata.
- Sulfadiazinaargéntica.
- Actisorbplus 25.
 - Carbón activado con plata en funda de nylon
- AquacelAg.
 - Hidrofibra de hidrocoloide que contiene plata iónica
- Acticoat.
 - Plata nanocrystalina impregnada en una malla de polietileno de alta densidad
- Biatain plata.
 - Hidropoliméricos 3D con plata.
- Comfeel plata.
 - Hidrocoloides con plata.

- Urgotulls Ag.
 - Malla de hidrocoloide con sulfadiazina argéntica.
- Unitul.
 - Apósito no adherente con sulfadiazinaargéntica.
- Askina Calgitrol Ag.
 - Hidrocelular de espuma foam+alginato y plata
- Atrauman Ag.
 - Malla de poliamida impregnada con pomada neutra a la que se ha fijado plata

Productos procedentes de la ingeniería de tejidos.

1. Ácido hialurónico

- Molécula polisacárida natural biodegradable de la MEC dérmica y uno de los componentes más importantes de la piel humana. Contribuye a la proliferación y migración celular, además incentiva la angiogenesis y mejora la respuesta fagocitaria de los macrófagos.

2. Promogran

- Compuesto de celulosa oxidada regenerada (COR) y colágeno bovino (45% y 55% respectivamente). Interactúa con el exudado de úlceras de pie diabético. Fija los factores de crecimiento para protegerlos de las proteasas liberándolos de forma bioactiva. Puede modificar directamente la función celular y se ha podido evidenciar que estimula la migración de los fibroblastos

3. Septocoll E

- Apósito de colágeno de tendón caballo + sulfato de gentamicina + cobrefato de gentamicina. La última sal de

gentamicina le da la acción retardada durante 10 días aproximadamente

4. Integra

- Es una matriz porosa de collagen / chondroitin-6 sulphate cubierta por una capa silástica que actúa como matriz para la regeneración dérmica. Inhibe la granulación y promueve el crecimiento de una nueva dermis mediante el colágeno y la matriz de glicosaminoglicanos. La capa silástica proporciona una cobertura epitelial temporal que se elimina después de aplicar un injerto secundario o una capa de queratinocitos cultivados en malla

6. Aloder

- Dermis humana a la que se ha retirado todo el material celular, actúa como transplante dérmico permanente, indicado en quemaduras profundas. La piel de cadáver humano es sometida a un análisis vírico y a un proceso de conservación de los fibroblastos. Se procede al desbridamiento de la herida, se coloca el injerto y se revasculariza. No se han evidenciado grandes beneficios en heridas crónicas. No está comercializado en España.

7. Queratinocitos humanos cultivados

- Hasta ahora sólo han resultado ser efectivos en heridas con pérdida parcial de tejido, esto puede ser explicable por la necesidad de que exista dermis viable para que se pueda fijar en ella. Estos sistemas de autoinjerto se pueden utilizar para proporcionar queratinocitos. Las propias células del pacien-

te son obtenidas mediante una biopsia cutánea y cultivadas en una malla de ácido hialurónico. Se requiere un lecho de la herida limpio y con poco nivel de carga bacteriana.

8. Dermograft

- Es un tejido dérmico de reemplazo obtenido mediante bioingeniería. Los fibroblastos son cultivados desde restos de piel de neonatos (normalmente del prepucio) y depositados en una malla biodegradable. A medida que proliferan segregan colágeno, factores de crecimiento y proteínas creando una dermis viva. Tiene que almacenarse a 70° bajo cero.

9. Plasma autólogo 1

- Como objetivo: regeneración tisular
- Se utiliza sangre autóloga
- Se puede utilizar de diferentes formas
 - Pulverizado
 - Líquido
 - Gelatina
 - Sólido

10. Plasma autólogo 2

- Secuencias de procedimiento
 - Anticuagulación y extracción
 - Separación
 - Obtención
 - Activación
 - Aplicación

DEFINICIÓN DEL APÓSITO IDEAL

—Mantiene la humedad sin macerar

—Permite a la herida permanecer sin infección clínica

—No desprende sustancias tóxicas, partículas o fibras

—Mantiene la temperatura ideal para permitir el proceso de cicatrización

—No precisa de cambios frecuentes o innecesarios

—Mantiene un pH óptimo

—Resulta indoloro, adaptándose a la vida profesional y social del paciente

—Es fácil de aplicar y retirar



IMPORTANCIA DE LA NUTRICIÓN EN LA PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LAS HERIDAS

Maite Guerra Arabolaza
Enfermera
Hospital de la Cruz Roja
Servicio Endocrinología y Nutrición

Introducción: ¿De dónde partimos?

Hay un aumento importante de la población mayor de 65 años en los últimos años.

Existe una gran variabilidad individual en este grupo de población; ya no tenemos en cuenta tanto la edad cronológica y sí hablamos más de “anciano frágil”, independientemente de la edad.

En el “anciano frágil” nos encontramos con unos síntomas comunes: pérdida de peso, debilidad, astenia, inactividad y disminución de la ingesta de alimentos.

Sabemos que un estado nutricional adecuado contribuye a:

1. Mantener las funciones corporales.
2. Mantener la sensación de bienestar.
3. Mantener una buena calidad de vida.

Por el contrario, un estado nutricional inadecuado contribuye a un aumento de la morbi-mortalidad.

Epidemiología de la desnutrición

Comunidad: buen estado en general, con una mayor incidencia de sobrepeso.

Entorno institucional de Larga Duración: incidencia de malnutrición en torno al 21% y de riesgo de padecerla del 50%

Hospitales: prevalencia de desnutrición o de riesgo de entre el 30-80%, fundamentalmente a partir de los mayores de 75 años.

Población susceptible de desarrollar UPP

- Pacientes encamados.
- Pacientes mal nutridos.
- Pacientes con parálisis por lesión cerebral.
- Pacientes con circulación deteriorada.
- Pacientes con ausencia de sensibilidad.
- Pacientes mayores de 85 años.
- Pacientes conscientes o sedados.

La prevalencia de UPP

Estudios clínicos realizados en diferentes poblaciones en los últimos años estiman una prevalencia de:

- 35.7% en Residencias Geriátricas (Casimiro C. 2002).
- 12.4% en pacientes neurológicos (Fife C. 2001).
- 7% en pacientes ingresados en Unidades de Hospitalización (Whittington K. 2000).

¿Cómo definimos la desnutrición?

Situación que se desvía de un estado nutricional adecuado tanto por exceso u obesidad como por defecto o malnutrición como resultado del consumo inadecuado de uno o más nutrientes esenciales y que se manifiesta o descubre clínicamente por pruebas bioquímicas y antropométricas.

¿Qué tipos de Desnutrición hay por defecto?

Clásicamente se describen dos grandes síndromes:

- Marasmo, que es una desnutrición crónica o calórica, provocada por la falta o pérdida prolongada de energía y nutrientes.
- Kwashiorkor, que es una desnutrición aguda por estrés o desnutrición proteica, por disminución del aporte de proteínas o aumento de los requerimientos.

En geriatría la desnutrición más frecuente es la desnutrición mixta, y también vemos déficits aislados de micro nutrientes, normal-

mente asociados a uno de los 2 grandes síndromes.

¿Cuáles son las causas de la desnutrición?

1. Disminución de los aportes por:
 - Pérdida de apetito.
 - Dificultad para comer.
 - Problemas digestivos.
 - Dietas muy restrictivas.

2. Aumento del consumo de energía y nutrientes: por enfermedades agudas y crónicas.

3. Aumento de las pérdidas: fístulas, diarreas, úlceras, quemaduras o vómitos

Consecuencias de la desnutrición

La desnutrición produce un aumento de la morbi-mortalidad por:

1. Alteración del Sistema Inmunitario.
2. Mayor fragilidad y/o menor capacidad de reserva orgánica que conduce a los pacientes a presentar: inmovilismo, retraso en la cicatrización de las heridas, incontinencia de esfínteres, estados confusionales agudos, anorexia y UPP.

Tratamiento de las heridas

1. Local (desde fuera): alivio de la presión, curación de las heridas y control de la infección.
2. Sistémico (desde dentro):
 - Tratamiento nutricional
 - Tratamiento del dolor agudo y crónico

Valoración del estado nutricional

Es el método ideal para conocer realmente cuál es la situación nutricional del paciente.

Objetivos:

1. Determinar situaciones de riesgo para desarrollar desnutrición.
2. Diagnosticar los estados de desnutrición evidentes o incipientes.
3. Identificar la etiología de los posibles déficits nutricionales.
4. Diseñar el soporte nutricional más adecuado.
5. Evaluar la eficacia del soporte nutricional.

La desnutrición es la situación que se desvía de un estado nutricional adecuado tanto por exceso u obesidad como por defecto o malnutrición como resultado del consumo inadecuado de uno o más nutrientes esenciales y que se manifiesta o descubre clínicamente por pruebas bioquímicas y antropométricas.

La metodología que seguiremos para conocer la VEN (Valoración del Estado Funcional) de nuestros pacientes consta de: la historia clínica, una exploración física, una valoración del estado funcional, evaluación del estado mental y cognitivo y una encuesta de hábitos dietéticos.

En la actualidad disponemos de numerosos instrumentos y escalas, que pueden ser manuales o automatizadas, para la detección de la desnutrición o del riesgo de padecerla.

En el paciente geriátrico son útiles:

—NSI (Nutrition Screening Initiative), para valorar a mayores sanos.

—VSG (Valoración Subjetiva Global), muy útil en pacientes hospitalizados, aunque requiere cierta experiencia profesional para pasarlo.

—MNA (Mini Nutricional Assessment), desarrollado para evaluar el estado nutricional del “anciano frágil”.

Si al pasar cualquiera de estas escalas, nos encontramos con ancianos en situación de riesgo o de desnutrición, pasaremos a realizar una valoración nutricional completa que incluye:

- Medidas Antropométricas como peso, talla, IMC, pliegues cutáneos, etc.
- Parámetros bioquímicos: proteínas, albúmina, prealbúmina, transferina, hemoglobina, hematocrito, colesterol y linfocitos, etc.
- Valoración Geriátrica Integral

El método que elijamos tanto de cribaje como de valoración, dependerá de las características de cada centro y del grupo de población al que esté dirigido: ancianos sanos, frágiles u hospitalizados.

En nuestro hospital utilizamos el CONUT, método automatizado diseñado por el doctor Ulbarri (Hospital de la Princesa de Madrid).

Tratamiento nutricional de las UPP

El objetivo principal es prevenir la aparición de UPP y esto lo conseguimos:

- Asegurando un aporte proteico y

energético adecuado que favorezca la integridad de la piel y la cicatrización de las heridas.

- Corrigiendo los déficits de vitaminas y minerales.
- Asegurando la hidratación y administrando nutrientes específicos que ayuden a prevenir y/o mejorar la cicatrización.

La alimentación tradicional, siguiendo las recomendaciones de la pirámide de alimentación desarrollada para mayores de 70 años, sería la primera elección.

Existen una serie de recomendaciones generales para la alimentación de nuestros mayores que nos aconseja cubrir las necesidades de energía y nutrientes con:

1. Variedad e imaginación en los menús para que no resulten aburridos y monótonos, cuidando también la presentación para que los platos resulten más atractivos.
2. Debemos tener presente sus costumbres alimenticias y sobre todo, atención a las dietas restrictivas; la ADA (Asociación de Dietistas Americana) hizo la siguiente recomendación en el año 2005: «La liberalización de la dieta en los centros de larga estancia mejora el estatus nutricional y la calidad de vida de los residentes».

Los requerimientos nutricionales tanto en la prevención como en el tratamiento de las heridas

Energía: calcular con ecuación de Harris-Benedict o cualquier otra fórmula recomendada las necesidades y añadir el factor de actividad y el factor de estrés.

Proteínas: diferentes estudios recomiendan una ingesta mayor que la recomendada a los adultos (0,8 g/kg/día), con el fin de mantener un balance nitrogenado positivo para la cicatrización de las heridas. La recomendación estaría entre 1,25 y 1,5 g/kg/día.

Líquidos: 30-35 ml/kg/día

CHO: 50–0% del Valor Calórico Total (VCT)

Lípidos: 30-35% del VCT

Vitaminas y minerales: especial atención

Debemos tener presente sus costumbres alimenticias y sobre todo, atención a las dietas restrictivas; la ADA (Asociación de Dietistas Americana) hizo la siguiente recomendación en el año 2005: «La liberalización de la dieta en los centros de larga estancia mejora el estatus nutricional y la calidad de vida de los residentes»

a vitaminas y minerales asociadas al proceso de cicatrización: A, C, E, cinc, selenio, hierro, cobre; si con la alimentación no se cubren las recomendaciones diarias hay que suplementar.

Deberíamos tener en cuenta una serie de consideraciones específicas en el tratamiento nutricional de los pacientes con heridas o riesgo de padecerlas que contribuirán a alcanzar un estado de nutrición adecuado:

1. El soporte nutricional debería ser individualizado.
2. Si existe anorexia, fatiga, debemos recurrir a aumentar la densidad de los nutrientes.
3. Para prevenir y/o curar las heridas debemos aportar nutrientes específicos como la Arginina, aminoácido no esencial, pero que diversos estudios han demostrado que en determinados casos se convierte en esencial, ya que interviene en la síntesis del colágeno y estimula la actividad del sistema inmunitario.
4. Debemos potenciar el consumo de frutas y verduras para garantizar el aporte de vitaminas y minerales asociados al proceso de cicatrización de las heridas.
5. Minimizar el riesgo de desnutrición evitando en lo posible las dietas muy restrictivas.
6. Medidas de tipo general como el no hacer coincidir las curas con el horario de comidas, tratar el dolor, utensilios adaptados a las limitaciones físicas de este colectivo, etc.

Cuando la Alimentación Tradicional es insuficiente para asegurar el aporte óptimo de energía y nutrientes debemos recurrir a modificar la textura de los alimentos y bebidas con la dieta triturada, pero ésta dieta presenta los siguientes inconvenientes: pueden ser monótonas y aburridas, presentar aportes bajos de calorías y nutrientes por la dificultad a la hora de conseguir la consistencia adecuada, manipulación y, por tanto, peligro de toxiinfecciones alimenticias, dobles texturas (grumos, hebras, tropezones) y corto espacio de conservación una vez elaborados.

La Alimentación Básica Adaptada para adultos (ABA) son preparados nutricionales de textura adaptada diseñados para mantener un correcto estado de nutrición e hidratación, permite complementar o sustituir a la alimentación tradicional y tiene como características principales:

- Texturas suaves y homogéneas.
- Aporte nutricional conocido.
- Fácil preparación.
- Seguridad bacteriológica.
- Variedad de sabores.
- Exentos de lactosa y gluten.
- Aspecto de plato tradicional.

Clasificamos los productos de ABA en 4 grupos:

Cuando la Alimentación Tradicional es insuficiente para asegurar el aporte óptimo de energía y nutrientes debemos recurrir a modificar la textura de los alimentos y bebidas con la dieta triturada, pero ésta dieta presenta los siguientes inconvenientes: pueden ser monótonas y aburridas, presentar aportes bajos de calorías y nutrientes por la dificultad a la hora de conseguir la consistencia adecuada, manipulación y, por tanto, peligro de toxiinfecciones alimenticias, dobles texturas (grumos, hebras, tropezones) y corto espacio de conservación una vez elaborados.

1. Alimentos de textura modificada de alto valor nutricional.
2. Espesantes y bebidas: espesantes, bebidas espesadas, gelificantes y aguas gelificadas.
3. Módulos y suplementos: módulos de macro y micro nutrientes, para enriquecer las dietas y aumentar la densidad de nutrientes; módulos específicos para acciones terapéuticas específicas (fibra, Arginina); suplementos, etc.
4. Dietas completas de textura modificada.

Siguiendo la pirámide de intervención nutricional, si con la modificación de la textura de los alimentos más la adición de módulos y/o suplementos específicos, no conseguimos que nuestros pacientes coman más del 75% de sus necesidades, y sus ingresos están entre el 50 y el 75% nuestra actuación va a depender de la situación basal del paciente:

1. Si la situación basal es buena: reevaluación nutricional, recomendaciones y aumento de la densidad de nutrientes.

2. Si partimos de una situación de riesgo nutricional o de desnutrición establecida:

a) Suplementos orales: productos diseñados para complementar los alimentos de consumo ordinario cuando éstos son insuficientes para cubrir las necesidades nutricionales diarias.

Se clasifican por:

- Aporte energético y proteico: hiperproteicos, hipercalóricos, HP/HC, normocalóricos, con o sin fibra.
- Consistencia y presentación: fórmulas en polvo, líquidas, crema, pudín, barritas.
- Patología a la que va destinada: cáncer, UPP, diabetes, etc.
- Composición: completas, incompletas.

Al hablar de suplementos, para conseguir la máxima eficacia debemos tener en cuenta que:

- Su indicación debe ir precedida “siempre” de una Valoración Nutricional.

—Los consejos dietéticos deben continuar “simultáneamente” a la utilización de suplementos

—“Reevaluar” periódicamente su eficacia.

—Hacer una “cuidadosa” selección del producto.

—“Adaptar” el horario del suplemento a las ingestas del paciente.

b) Si la ingesta de alimentos está comprometida y hay evidencia de desnutrición o de riesgo (menos del 50%) hay que recurrir a otras estrategias nutricionales: nutrición artificial, que consiste en la administración de nutrientes por vía digestiva (oral, sondas u ostomías) o directamente al torrente sanguíneo (vía parenteral), si la vía digestiva está contraindicada.

Evaluación de las Intervenciones

Es imprescindible la monitorización rutinaria de las ingestas de comidas y líquidos así como el registro de peso al ingreso y periódicamente.

Objetivos:

1. Medir resultados.
 - a) Aumento de peso.
 - b) Mejora de la capacidad funcional.
 - c) Mejora de las heridas.
 - d) Disminución de la incidencia de heridas
2. Reevaluar soporte nutricional si es necesario.

Conclusiones

La desnutrición es una realidad muy frecuente en el paciente geriátrico.

El tratamiento ideal de la desnutrición es la prevención.

Los métodos de cribaje y valoración del estado nutricional deben ser precoces y sencillos de realizar.

Hay que instaurar lo antes posible el soporte nutricional adecuado.

La intervención nutricional precoz previene la aparición de UPP.

Hay que reevaluar periódicamente la eficacia del soporte nutricional en la prevención y tratamiento de las heridas. •

El cuidado enfermero en Atención Primaria

María Jesús Calvo Mayordomo
Directora de Enfermería de Atención Primaria. Área 1
Master en Alta Dirección y Gestión de Servicios

1. ¿QUÉ ES LA ATENCIÓN PRIMARIA?

- El nivel asistencial idóneo para cubrir las necesidades básicas de salud de los ciudadanos, atribuyéndole un papel clave para que las personas logren un nivel aceptable de salud que contribuya a alcanzar su propio desarrollo (OMS).

- Es el nivel básico e inicial de atención, que garantiza la globalidad y continuidad de la atención a lo largo de toda la vida del paciente, actuando como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos (Ministerio de Sanidad y Consumo 2006)

1.1. Características de la Atención Primaria

- Puerta de entrada al sistema
- Accesibilidad
- Longitudinalidad
- Integralidad
- Promoción de la salud y pre-

vención de la enfermedad

- Trabajo en equipo

1.2. Impulso del papel de enfermería

«La enfermera es un elemento fundamental dentro del equipo de salud en el fomento del autocuidado y de la educación en estilos de vida saludables de los ciudadanos, así como en la prevención de enfermedades y discapacidades, debiendo la enfermera, disponer de total autonomía a la hora de establecer su juicio clínico» LOPS, art 7.1

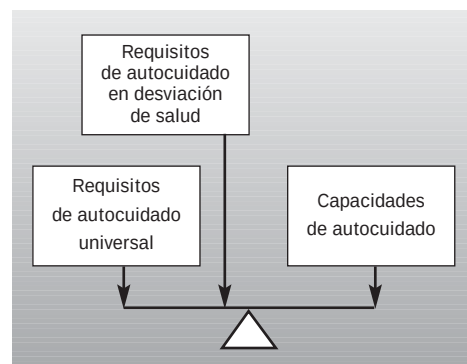
1.3. Responsabilidades de la enfermera

- Ayudar a la persona a alcanzar el máximo nivel de autocuidado posible, aumentando la responsabilidad sobre su salud.
- Ayudar a la persona a superar sus limitaciones en el ejercicio del autocuidado o del cuidado a personas dependientes.
- Completar los déficits del autocuidado causados por la diferencia entre las necesidades y su

capacidad para resolverlas.

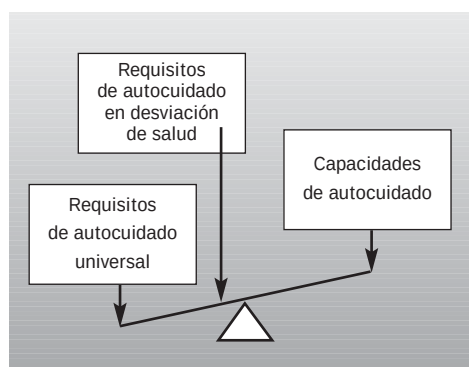
- Proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado según sus requerimientos.
- Supervisar las acciones de cuidado para garantizar la seguridad.
- Sustituir al cuidador en las acciones de cuidado complejo, tanto en el periodo de aprendizaje como en situaciones de riesgo.
- Acompañar en el proceso de la salud y de la muerte.

El estado de equilibrio.

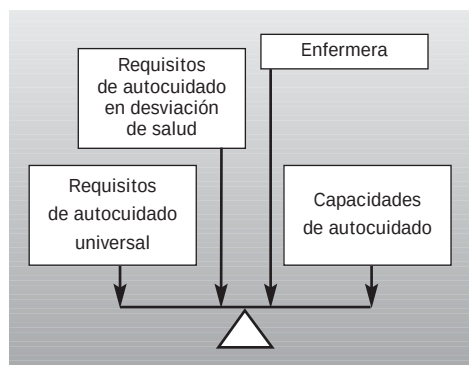




Déficit de autocuidado.



Agencia de Enfermería.



1.4. Oferta de servicios enfermeros

- Conductas generadoras de salud/actividades de prevención (fomento y promoción de la salud).

Las intervenciones pueden ser independientes o en colaboración.

- Situaciones de déficit de autocuidados (consejo estructurado, EpS individual y/o grupal). La enfermera es responsable de todo el proceso que trata.
- Situaciones relacionadas con el afrontamiento y adaptación (la enfermera aborda problemas de alteración de la respuesta humana complejos). Es responsable de todo el proceso.
- Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. La responsabilidad de la enfermera está en la acción que lleva a cabo.

1.5. Actividad Clínico-Asistencial

- Atención directa en centro y domicilio (potenciar consulta a demanda y en el domicilio).
- Educación para la Salud a grupos.
- Participación comunitaria (intervención en centros educativos).
- Atención a la dependencia: gestión de casos.

1.6. Gestión de Casos

Coordinación de los servicios que ayudan a las personas dependientes o en situación de vulnerabilidad a identificar y/o proporcionar los servicios apropiados a cada individuo, al mismo tiempo que se controlan los costes de dichos servicios.

2. PROGRAMA DE ATENCIÓN AL MAYOR POLIMEDICADO

2.1 Medicación y Mayores:

2.1.1 Situación general

- Las personas mayores de 65 años son casi el 15% de los madrileños (900.000 personas).
- El 80% de los mayores padecen algún tipo de enfermedad crónica.
- Muchas de estas personas presentan varias patologías simultáneamente, incrementándose los tratamientos y su complejidad.

2.1.2 Circunstancias especiales entre los mayores de 75 años

- La concurrencia de varios tratamientos simultáneos (polimedicación) es tres veces mayor entre los mayores de 75 que entre las personas entre 45 y 65 años.
- En la Comunidad de Madrid hay 400.000 personas mayores de 75 años.
- Entre 60 y 65.000 madrileños mayores de 75 años tienen prescritos seis o más principios activos.

2.1.3. Riesgos de la polimedicación en mayores

- La acumulación de tratamientos puede provocar interacciones que tengan efectos negativos o disminuyan su efectividad.
- La complejidad de las terapias puede provocar olvidos o confusiones en la toma de medicamentos.
- Práctica de la automedicación en el 16% de las personas mayores de 75 años.

2.1.4 Situación actual

- Sólo el 35% de las personas que toman 4 medicamentos lo hacen correctamente. Si toman 10 o más el porcentaje es inferior al 10%.
- La presencia de reacciones adversas es segura en pacientes con 10 o más tratamientos farmacológicos simultáneos (ej. Benzodiazepinas).
- Entre el 5 y el 17% de los ingresos hospitalarios de mayores tienen su origen en problemas derivados del uso de medicinas.

2.2. Experiencias en Programas Personalizados

Se ha acreditado una disminución de la frecuentación:

- 41% menos de visitas no programadas en Primaria.
- 14% menos de recurso a las urgencias.
- 4% menos de ingresos hospitalarios.

Se ha mejorado la adherencia a los tratamientos.

- Cumplimiento terapéutico entre el 80 y 90%.

primaria o por los farmacéuticos. También podrá solicitar su inclusión voluntaria cuando tenga conocimiento del mismo por la publicidad.

A la inclusión, se hará entrega de una bolsa especial al paciente, para que deposite en ella todos los medicamentos que consume —prescritos o no— y los entregue a su enfermera, para una primera valoración.

Si el paciente lo requiere, la profesional de enfermería recomendará la conveniencia de suministrar pegatinas con pautas de dosificación, pastilleros reutilizables o *blisters* (pastilleros de un solo uso).

A continuación, el médico realiza una revisión protocolizada de los medicamentos y validará o deestimará su uso futuro. El paciente recibirá una hoja de medicación con indicación de los que debe tomar, su posología y dosificación; así como una carpeta para la documentación.

El paciente recibirá información sobre la conveniencia de validar periódicamente su seguimiento de la medicación en el centro de salud u oficina de farmacia (según preferencias y necesidades). En todo caso, su médico revisará la medicación y uso de los dispositivos al cabo de 6 meses.

Cuando sea necesaria la preparación de medicación personalizada por un profesional, se podrá recurrir a cualquiera de las oficinas adheridas al programa, identificadas por un distintivo específico, o a su enfermera para la revisión del uso de medicamentos.

3. CARTERA DE SERVICIOS ESTANDARIZADOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

3.1 Prevención y detección de problemas en personas mayores



2.3. Objetivo general del programa

Mejorar la salud y/o la calidad de vida de la población mayor de 75 años polimedicada (6 o más), mediante la revisión sistemática y periódica de los tratamientos, la colaboración entre los profesionales sanitarios, la educación sanitaria y la entrega de sistemas de ayuda para la correcta utilización de los medicamentos.

2.4. Funcionamiento del programa

El paciente será captado para el programa por los profesionales de

3.1.2 Dirigido a mayores de 75 años, esta edad inclusive, en que consten los dos últimos años la presencia o no de:

- Patología crónica invalidante.
- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio de domicilio en los últimos 6 meses.
- Hospitalización en el último año.
- Indicadores de riesgo social: vivir solo, familia desestructurada, vivienda inadecuada, falta de recursos económicos, etc.

3.1.3 En las personas incluidas en el servicio constará cada dos años en la HC.

- Valoración funcional:
- Percepción/mantenimiento de la salud: antecedentes de caídas.
- Cognitivo/perceptivo: antecedentes de déficit visual y auditivo.
- Eliminación: presencia/ausencia de incontinencia urinaria.

3.1.4 Plan de cuidados orientado a:
Fomento de la actividad física aeróbica regular.

Fortalecimiento/entrenamiento del equilibrio.

Información sobre la correcta cumplimentación del tto. farmacológico.

Eliminación de factores ambientales de riesgo de caídas.

Reentrenamiento vesical y/o ejercicios de suelo pélvico.

3.2. Atención a la persona mayor frágil

3.2.1 Dirigido a personas de 75 años que cumplan al menos uno de los siguientes criterios:

- Patología crónica invalidante.
- Pérdida de la pareja en el último año.
- Cambio de domicilio en los últimos 6 meses.
- Hospitalización en el último año.
- Indicadores de riesgo social: vivir solo, familia desestructurada, vivienda inadecuada, falta de recursos económicos, etc.

3.2.2. Se realizará valoración funcional cada dos años de:

- Percepción/mantenimiento de la salud: accidentes, caídas.
- Nutrición/metabólico: pérdida de peso no deseada.
- Eliminación de incontinencias.
- Actividad/ejercicio.
- Sueño/descanso.
- Cognitivo/perceptivo.
- Autoestima/autopercepción.
- Rol/relaciones sociales.

3.2.3 Se realizará cada dos años:

- Cuestionario de valoración funcional para actividades instrumentales de la vida diaria, Lawton-Brody.
- Si Lawton-Brody afectado (7/8 para mujeres y 4/5 para hombres), hacer un cuestionario de actividades básicas de la vida diaria, índice de Barthel.
- Valoración del estado emocional (Yesavage de 5 ítems).
- Minimental si síntomas de deterioro cognitivo.

3.2.4. Plan de cuidados cada año:

- Consejo sanitario: ejercicio, alimentación saludable, fomento de actividades recreativas y sociales.

- Cumplimiento terapéutico.
- Derivación al trabajador social si se detecta situación de riesgo social.

3.3. Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados

3.3.1. Criterios de inclusión:

- Pasan la mayor parte del tiempo en la cama (sólo pueden abandonarla con la ayuda de otras personas).
- Tienen dificultades importantes para desplazarse, independientemente de la causa (les impide salir de su domicilio, salvo casos excepcionales).

3.3.2. Constará en la HC, valoración funcional:

- Problemas de salud actuales.
- Valoración de riesgo de caídas.
- Actividad/ejercicio: barreras arquitectónicas, uso de ayudas, etc.
- Sueño/descanso: insomnio.
- Eliminación: estreñimiento, incontinencias.
- Identificación del cuidador principal.

3.3.3. Constará en la HC, valoración mediante escalas validadas:

- Valoración funcional para actividades instrumentales de la vida diaria.
- Si Lawton-Brody afectado, índice de Barthel.
- Valoración del riesgo de úlceras por presión mediante escala de Norton.
- Existencia o ausencia de indicadores de riesgo social.

3.3.4 Plan de actuación:

- Plan terapéutico, según necesidades y problemas identificados en el paciente.
- Plan de cuidados, según necesidades y problemas identificados en paciente y familia.
- Atención al cuidador principal:
 - Identificación de sobrecarga (Escala de Zarit).

—Facilitar la expresión de sus emociones.

—Consejo/información sobre cuidados.

3.3.5. Se realizará una visita a domicilio con periodicidad anual. Si Barthel < 35 ó Norton < 14, la periodicidad será mensual. Constará:

- Evolución o cambios respecto a la anterior.
- Revisión del plan terapéutico.

- Revisión del plan de cuidados.
- Atención al cuidador principal.

3.4. Continuidad Asistencial

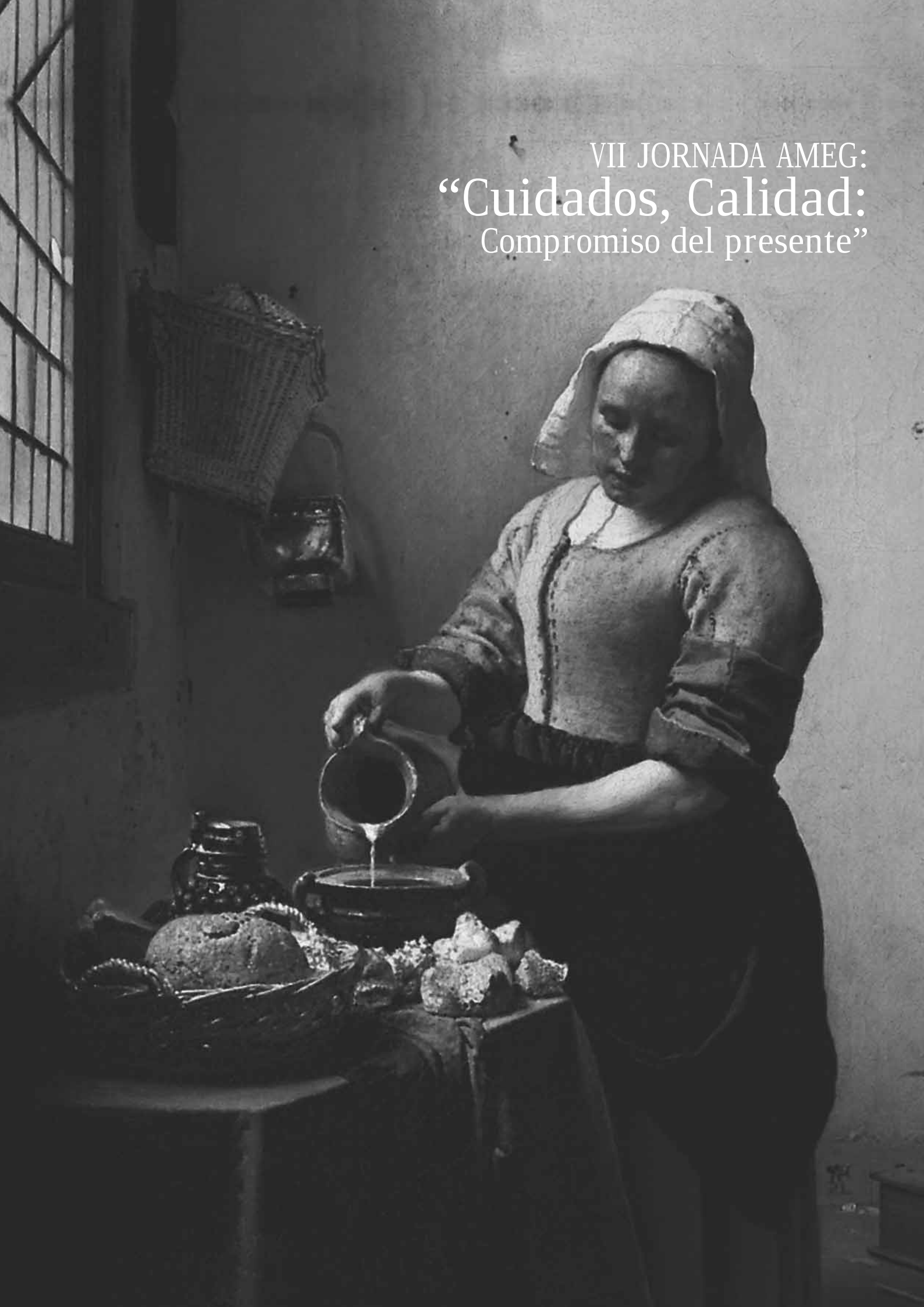
Los mayores son el grupo poblacional priorizado para establecer criterios de continuidad asistencial con los otros niveles asistenciales:

- Hospitalización.
- Servicios Sociales.
- Residencias sociosanitarias.

«Nos tocaba crecer y crecimos,
vaya si crecimos,
cada vez con más dudas,
cada vez más viejos,
cada vez más sabios»



VII JORNADA AMEG:
“Cuidados, Calidad:
Compromiso del presente”



CONCLUSIONES

Carmen Berenguer Bort
Presidenta de la VII Jornada AMEG

El día 5 de Marzo de 2009 la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG) celebró su Jornada anual en el Centro de Humanización de la Salud, Tres Cantos, con una asistencia de 260 participantes, para analizar y debatir sobre los cuidados de nuestros mayores, con el lema: Cuidados, Calidad: Compromiso del presente y con el objetivo de abordar este tema, pilar fundamental de la atención de Enfermería.

La primera teoría sobre los cuidados nace con Florence Nightingale; en 1852 publica su libro *Notas de Enfermería*. A partir de este momento, se sentará la base de la enfermería profesional y surgirán nuevos modelos, que nos aportarán una filosofía diferente de entender la enfermería y el cuidado.

Tradicionalmente la enfermería ha estado implicada con la provisión de cuidados a los seres humanos. Por ello, es importante resaltar que el modo en el que se interrelacionan entre sí influye directamente en la calidad de los cuidados.

Se puede apreciar que en los últimos años la enfermería ha avanzado con decisión, para convertirse en una disciplina científica, iniciándose un proceso de desarrollo académico, en el que a nivel profesional se ponen a prueba las bases teóricas aplicadas a la práctica.

Por tanto, se reconoce la importancia de las bases conceptuales que sirven de fundamento a la enfermería, para dar respuestas a los principales problemas de salud que nos plantea la sociedad y, más concretamente, en el ámbito socio-sanitario.

El/la enfermero/a como proveedor/a de salud, debe estar en continuo aprendizaje si quiere administrar unos cuidados de calidad.

Inició la Jornada

D. J. Javier Soldevilla, con la ponencia titulada *La enfermería de la Vejez: Ayer, Hoy y Mañana*, quien, como él mismo dice, nos hizo un recorrido histórico de la actividad de «cuidar de los más mayores» en las distintas sociedades y civilizaciones.

Recuerdo a esos albores profesionales y, por ende, algunos aspectos esenciales sobre la vejez en épocas anteriores que suponen, sin duda, un perfecto marco de referencia para tratar de entender ciertos aspectos del desarrollo profesional de esta especialidad enfermera.

Nos habló de un futuro ilusionante, con luces y sombras por el nacimiento de la nueva realidad profesional y el desarrollo de la Enfermería Gerontológica con identidad, espacio profesional y reconocimiento jurídico.

Contemplo para la Enfermería de la Vejez un futuro, en cualquier caso, costoso, porque será necesario vencer un ideario clásico de devaluación profesional e invisibilidad social que bloquea nuestra participación, incierto pero sin duda ilusionante por las posibilidades de demostrar que se nos brinda, honorable y halagador por ser el escenario más rico para demostrar que unos cuidados de calidad, son capaces de mejorar y seguro prolongar la vida de los seres humanos y desafiante, como «reto para avanzar en el hermoso arte y la compleja ciencia de cuidar».

A continuación se le hizo entrega por parte de la Asociación (AMEG) de una placa como primer Socio de Honor, que recogió con un sentimiento de alegría inmensa al mismo tiempo que de sorpresa.

Después de la pausa del café, continuó una mesa redonda titulada. *Aplicación de Sistemas de Calidad en la Planificación de Cuidados*, que fue moderada por el Director del Centro Los Camilos, José Carlos Bermejo.

Iniciándola M^a Jesús Calvo, hablándonos del *Cuidado Enfermero en Atención Primaria*. Nos explicó el importante papel de la Atención Primaria como puerta de entrada al Sistema Sanitario.

El nivel asistencial idóneo para cubrir las necesidades básicas de la salud de los ciudadanos que garantice continuidad y atención a lo largo de toda la vida del paciente.

La enfermera es un elemento fundamental dentro del equipo de salud, debiendo disponer de total autonomía a la hora de establecer su juicio clínico, y el papel fundamental de la enfermera en la gestión de casos, así como la cartera de servicios y el programa de atención al mayor polimedicado.

Mostró los objetivos generales del programa, su funcionamiento, así como la cartera de servicios estandarizados.

D. Carlos Galán, con su disertación sobre el *Uso de Registros como Paradigma de Calidad*, nos hizo un recorrido por diferentes leyes para explicarnos qué es y por qué es tan importante una historia clínica con unos registros de calidad, que garanticen el cumplimiento de los procedimientos y las normas y su verificación. Nos recordó que los registros suponen un reconocimiento de nuestro trabajo y son el salto de calidad de una actividad vocacional a una profesión socialmente reconocida y recompensada. A continuación, nos explicó los registros informáticos que se utilizan en las Residencias de Personas Mayores dependientes del Servicio Regional de Bienestar Social

de la Comunidad de Madrid. Todo esto lo tituló como *El uso de registros como paradigma de calidad*.

A continuación, tomó la palabra Antonio Peñafiel, cuya ponencia versó sobre la *Calidad y Organización de un Servicio de Cuidados de larga Duración*. Los puntos clave sobre los que disertó el ponente fueron:

- Definir la tipología de usuarios que precisan atención sociosanitaria.
- Definir las características generales de atención.
- Definir los criterios para el acceso a estos servicios y la puerta de entrada.
- Proponer un sistema de información adecuado.
- Proponer instrumentos de valoración interdisciplinar que facilite la continuidad de los cuidados.
- Establecer un sistema de evaluación del impacto de resultados, orientado a la mejora continua.

En definitiva, el modelo debe considerar de forma importante la:

- Coordinación social-sanitaria.
- Búsqueda del mayor nivel de autonomía personal e integración en su medio.
- Prevención promoción de la salud y la autonomía.
- Valoración integral/continuidad de cuidados.
- Rehabilitación física, psíquica y social.
- Mantenimiento del usuario en su entorno.
- Apoyo a los cuidadores informales.

Después de una agradable comida de trabajo, D. Juan Manuel Cuñarro, Vocal de AMEG, moderó la mesa redonda *Heridas: Incontinencia*, *Infección*, *Nutrición*.

Recordó que en ese mismo foro, dos años antes, se había iniciado la andadura del Grupo Madrileño de Úlceras Crónicas (GEMUC) como grupo de trabajo dentro de AMEG, recordando la posibilidad de la Asociación Gratuita tanto a la Asociación como a su Grupo de Trabajo, así como, las páginas Web respectivas.

D. Justo Rueda nos habló de las *Úlceras por humedad: el manejo de la incontinencia como reto en el tratamiento*. Habló de la incontinencia, de sus connotaciones tanto económicas como para la calidad de vida de las personas que la sufren y los problemas que supone la exposición de la piel a la humedad producida por ésta, tanto como factor de riesgo para las úlceras por presión, como para las llamadas úlceras por humedad.

La mejor herramienta para combatir sus efectos indeseados siempre es la prevención y el correcto manejo de la misma.

Interpretar las necesidades de cuidado de la zona expuestas a incontinencia requiere integrar nuevas herramientas en el vademécum del cuidador y, sobre todo, establecer estrategias de cuidados orientadas a prevenir las úlceras por humedad, así como evitar la asociación de estas con las UPP.

Para reducir el efecto de esta asociación, necesitamos dar importancia a la valoración de los factores extrínsecos que, en muchas ocasiones, son evaluados y considerados por parte del entorno de cuidados, pero no siempre se han establecido estrategias para minimizar su impacto en el cuidado del paciente.

D. Teresa Segovia. Su exposición versó sobre el *Tratamiento de Heridas Crónicas Infección*, de los criterios comunes a todas las heridas y los específicos de cada una, y de su

tratamiento específico, así como criterios de identificación, factores relacionados con la infección, niveles de contaminación siempre dentro de un plan de cuidados y de actuación multi e interdisciplinar.

Luego expuso todas las formas de actuación frente a los procedimientos que aplicar ante cada herida.

D. Maite Guerra finalizó la mesa con *La importancia de la nutrición en la prevención y tratamiento de las heridas*, comentando la desnutrición, su incidencia, causa y consecuencias y su relación con el tema que nos ocupa: las heridas crónicas. Nos dio instrucciones precisas para combatirla y dijo que el mejor tratamiento era la prevención y que ésta era llevada a cabo por medio

Valoración del estado nutricional

- Es el método ideal para conocer realmente cuál es la situación nutricional del paciente.

Objetivos:

- Determinar situaciones de riesgo para desarrollar desnutrición.
- Diagnosticar los estados de desnutrición evidentes o incipientes.
- Identificar la etiología de los posibles déficits nutricionales.
- Diseñar el soporte nutricional más adecuado
- Evaluar la eficacia del soporte nutricional.

A las 18 horas cierre de la jornada con gran satisfacción, tanto por parte de los asistentes como de la Junta Organizativa.

Resultados de las encuestas de calidad percibida en la VII Jornadas de la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica

M^a Teresa Rodríguez Díaz
Junta Directiva A.M.E.G. Vocal de Formación

En los últimos seis años, la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica ha consolidado la celebración de su jornada anual, en la que se fomenta la participación de los profesionales especializados en el cuidado de las personas mayores.

Por ello, en el marco de esta edición, se ha incorporado un instrumento de medición adecuado para la evaluación de los resultados obtenidos.

El objetivo de esta evaluación es conocer el grado de satisfacción de los asistentes y conocer los aspectos que se han de modificar, con el fin de mejorar la calidad de las jornadas.

Material y métodos

1.- Utilización de un cuestionario de elaboración propia, con el que se mide la calidad percibida, dando el valor que mejor refleje la opinión sobre cada una de las cuestiones que se plantean, mediante una escala de Liker, siendo 1 el valor más negativo y el 10 es el valor más positivo. El cuestionario consta de seis apartados que evalúan el contenido, el aprovechamiento, la documentación aportada, los medios utilizados, la organización de las jornadas, a los ponentes y la información que tienen sobre la asociación.

2.- Entrega y recogida de los cuestionarios anónimos para autocumplimentar por los asistentes a la V jornada.

3.- Tratamiento de datos, interpretación y conclusiones.

Resultados

Después de analizar los datos recogidos, se han obtenido las puntuaciones que se recogen en las gráficas 1, 2, 3, 4, 5 y 6, así como la media de puntuación X en la tabla 1.

Entre los resultados más destacados, encontramos que un 88,73% de la muestra opina que se han cumplido los objetivos marcados.

El 90,14% consideran que los contenidos impartidos se han ajustado al tema de la Jornada, frente al 9,8% que opinan lo contrario.

En cuanto al apartado «aprovechamiento de la jornada», hay que destacar que el 64,78% de los encuestados opinan que sus «expectativas previas» se han cumplido con gran satisfacción. De éstos, el 42,25% ha dado un valor de 8 puntos.

Asimismo, el 74,64% refieren tener un alto grado de «satisfacción por lo aprendido». En esta cuestión el 49,05% ha puntuado un valor 8, el 33,96% un valor 9 y el 16,98% un valor 10. Según el 91,54% de los entrevistados opinan que «los conocimientos adquiridos son de utilización práctica en el desempeño de su trabajo». En cambio, el 7,04% piensan que no tienen utilidad práctica y el 1,42% no responden a la pregunta.

Según los datos obtenidos en la cuestión «organización de la jornada», el 83,09% considera que ha sido muy buena, dando valores de 8, 9 y 10 (valores altos), frente al 14,08% que han puntuado sobre 5, 6 y 7 (valores medios) y el 2,83% que ha dado puntuaciones por debajo de 4.

Analizando las puntuaciones obtenidas en la valoración de «la calidad de la documentación entregada», hay que destacar que el 23,94% opinan que se debe mejorar, siendo sus puntuaciones inferiores a 5, aunque un 76,06% está conforme con la documentación entregada.

En el apartado «evaluación de los ponentes», el 74,64% de los encuestados opinan que los ponentes han desarrollado su exposición con mucha claridad, como puede observarse en el gráfico correspondiente, la mayoría ha puntuado sobre 8 y 9.

Y el 60,56% consideran que los ponentes han conseguido su participación.

A juzgar por los datos obtenidos, en las cuestiones referentes a la calidad percibida «en la difusión de información referente a las actividades de AMEG», el 40,84% refiere que no tienen suficiente información sobre las jornadas y actividades de formación de AMEG.

En cuanto al «grado de conocimiento de la página web», el 45,07% manifiesta que no la conocen, el 52,11% no han consultado nunca la página, el 47,89% la han consultado alguna vez y sólo el 5,63% de los entrevistados la consultan con frecuencia.

Del 54,93% de los entrevistados que conocen la página web, hay un 38,02% que no contestan a la cuestión referente al contenido de la página.

El 16,90% puntúan el contenido con un valor 8, 9 y 10, mientras que el 23,94% dan puntuaciones con valor 5, 6 y 7.

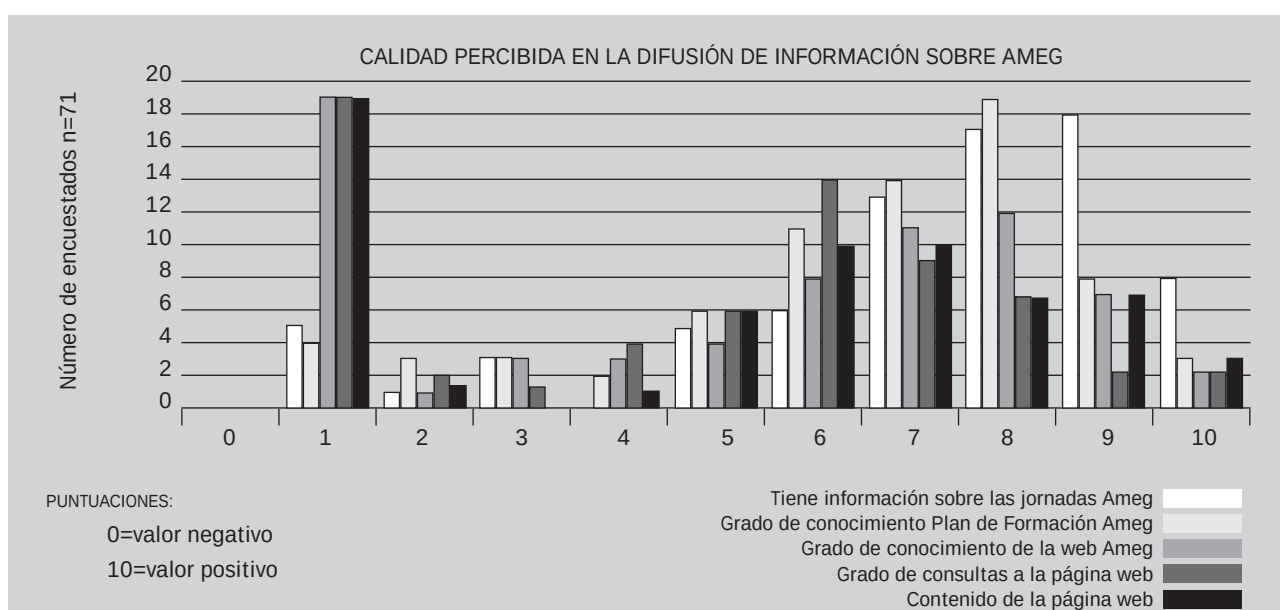
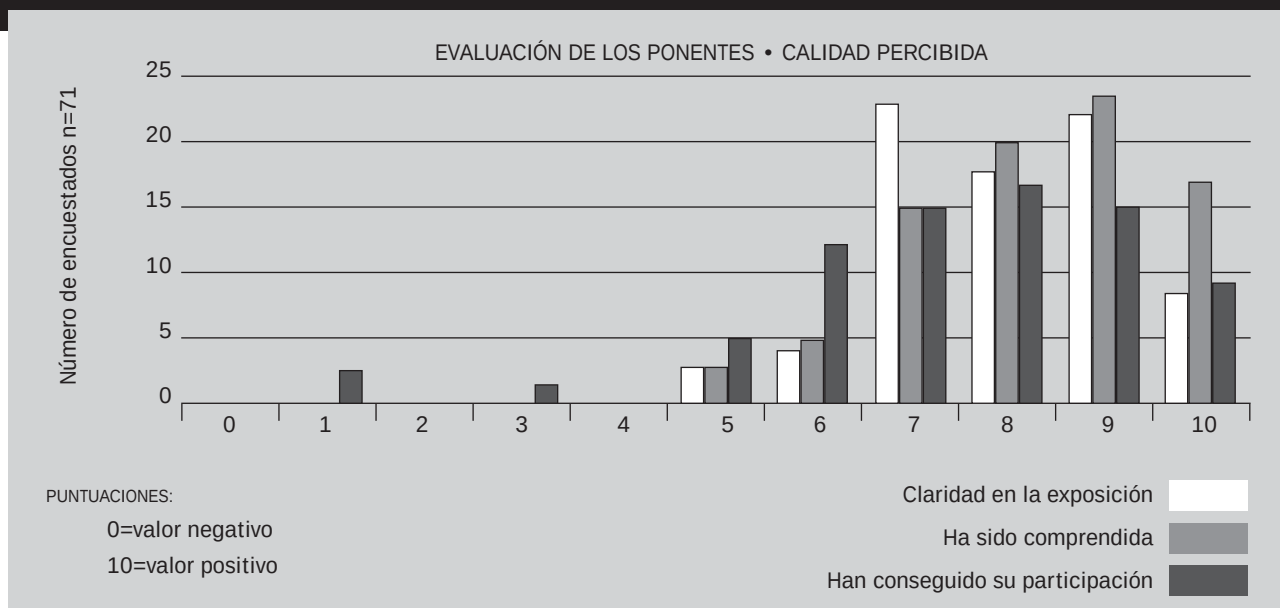
Conclusiones

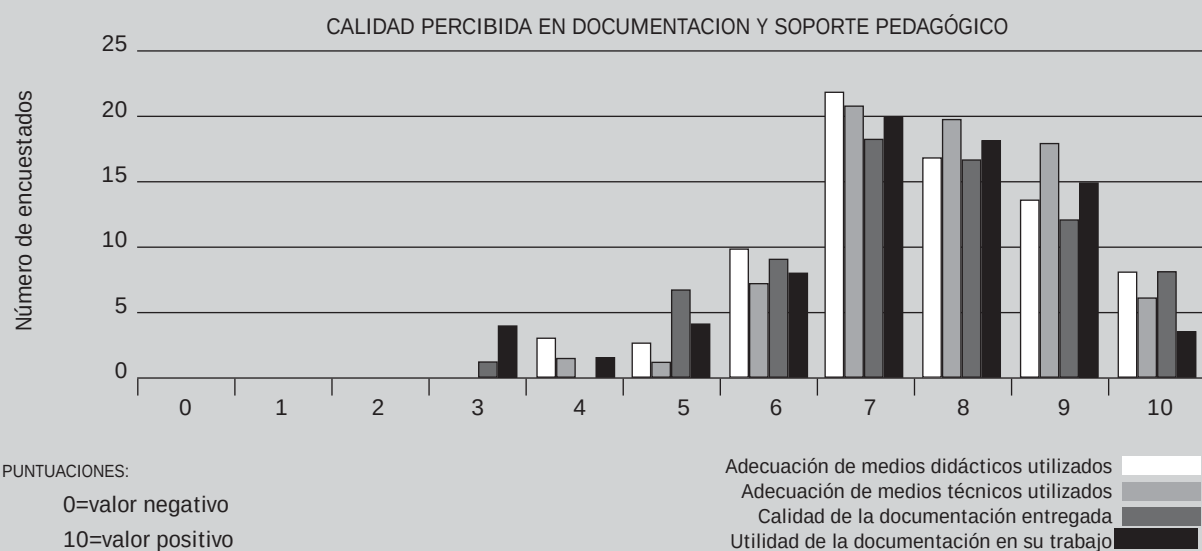
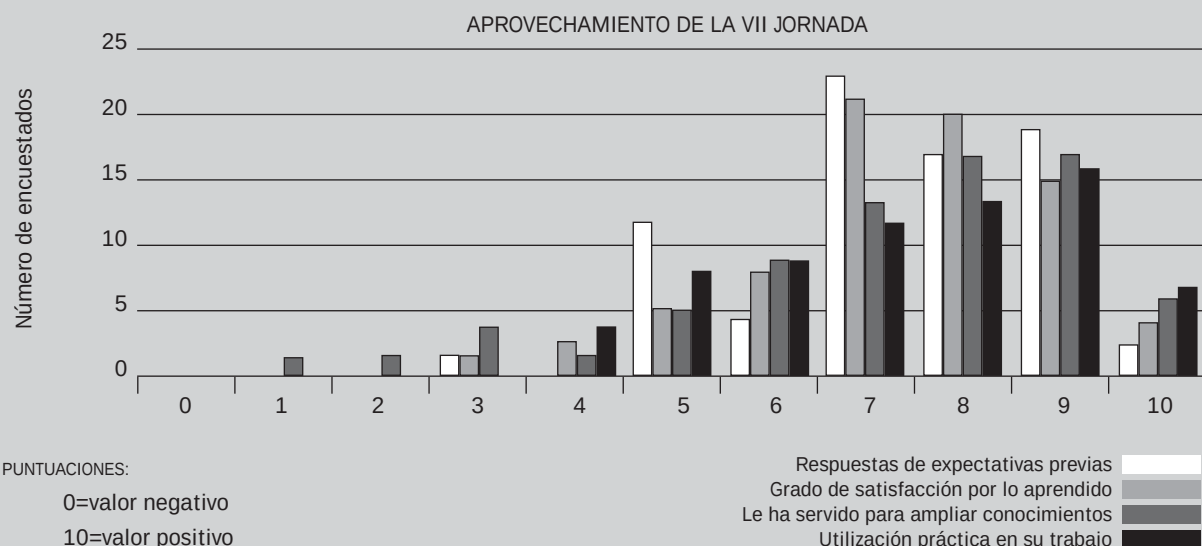
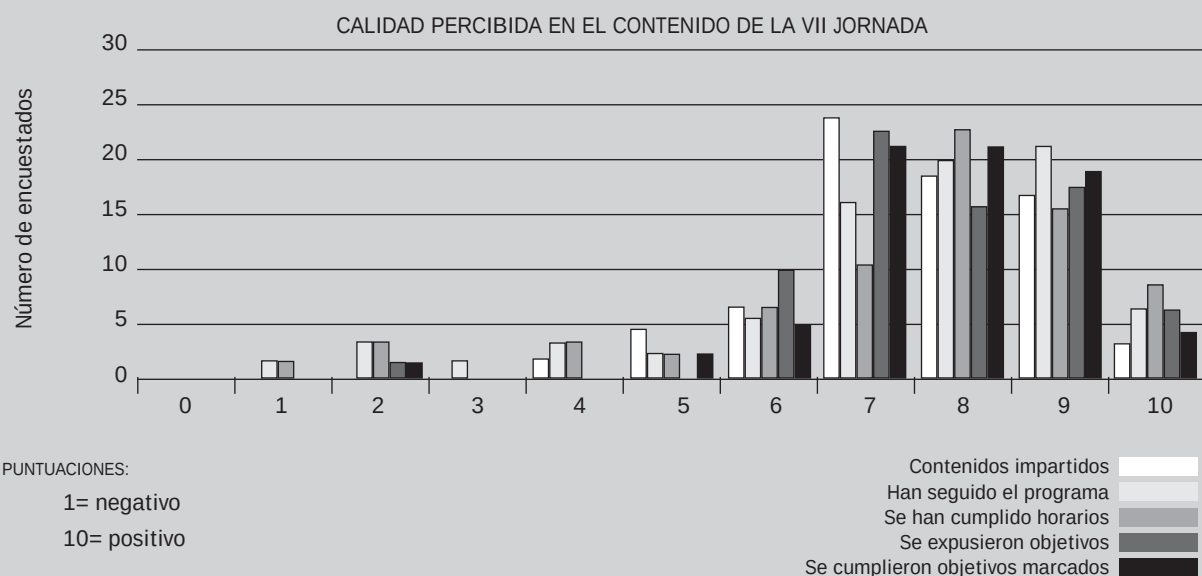
De los resultados obtenidos, podemos destacar las siguientes conclusiones:

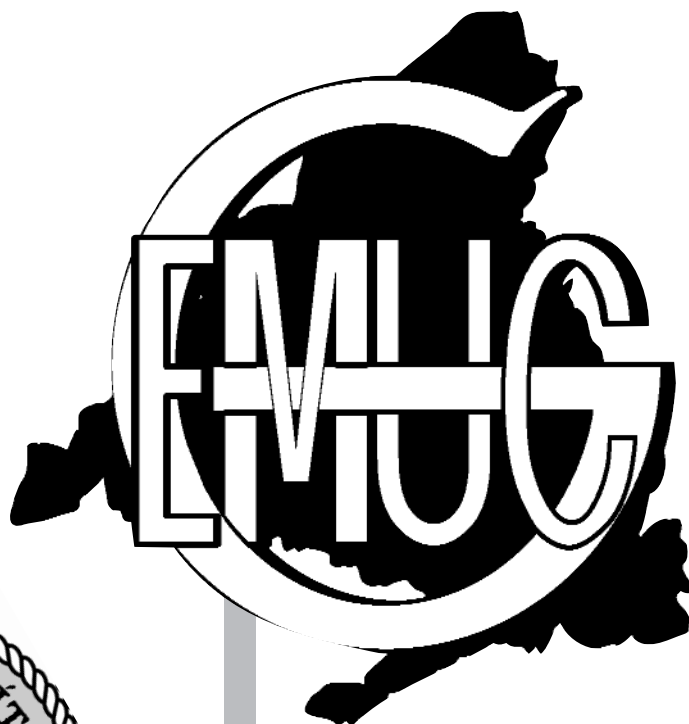
- Se han cumplido los objetivos marcados.
- Los contenidos impartidos se han ajustado al tema de la jornada.
- Los conocimientos impartidos son de utilización práctica en el desempeño del trabajo
- La organización de la jornada ha sido buena.
- Mejorar la calidad de la documentación entregada.
- Dar mayor difusión a las actividades formativas que organiza AMEG.
- Dar más publicidad a la página web de AMEG.
- Aumentar el contenido de la página web.

TABLA 1: PUNTUACIONES MEDIAS OBTENIDAS EN LA ENCUESTA DE CALIDAD PERCIBIDA

	PUNTUACIONES MEDIAS
Contenido de la jornada	
Contenidos impartidos:	7,90
Han seguido las bases del programa:	8,43
Se han cumplido los horarios:	8,08
Se expusieron los objetivos:	8,19
Se cumplieron los objetivos marcados:	7,85
Aprovechamiento de la jornada	
Respuesta expectativas previas:	7,73
Grado de satisfacción por lo aprendido:	8,19
¿Le ha servido para ampliar conocimientos?:	8,32
Utilización práctica de estos conocimientos en su trabajo:	8,15
Documentación y soporte pedagógico	
Adecuación medios didácticos utilizados:	7,84
Adecuación medios técnicos utilizados:	7,92
Calidad de la documentación entregada:	6,69
Utilidad de la documentación en su trabajo:	6,74
Evaluación de los ponentes	
Claridad en la exposición:	8,15
Transmisión de los conocimientos, ha sido comprendida:	8,38
Han conseguido su participación:	7,80
Organización	
La organización le ha parecido:	7,54
Tiene información sobre las jornadas AMEG:	7,36
Grado de conocimiento del plan de formación AMEG:	6,39
Página web	
Grado de conocimiento de la Web AMEG:	4,21
Grado de consultas a la página:	3,63
Contenidos de la página:	3,26







AMEG
Asociación
Madrileña
de Enfermería
Gerontológica

Grupo
de Estudio
Madrileño de
**Úlceras
Crónicas**
(GEMUC)

BOLETÍN DE PARTICIPACIÓN

Todos necesitamos tu participación. Rellena este boletín y envíalo, mediante correo, fax o e-mail a la dirección indicada

INFORMACIÓN E INSCRIPCIONES:

AMEG. c/ Menéndez Pelayo, 93, 3ª planta (Colegio Oficial de Diplomados en Enfermería de Madrid). 28007 MADRID
Tel./Fax: 91 501 73 61. www.amegmadrid.org E-mail: ameg@amegmadrid.org
www.gemuc.net

Apellidos: Nombre: DNI:

Dirección: Localidad: C.P.:

Tel: E-mail:

Titulación: Centro de Trabajo:



Grupo de Estudio Madrileño de Úlceras Crónicas (GEMUC)

Constitución del Grupo de Estudio

Justificación

Las heridas crónicas son un importante problema de salud en el que hasta el momento los profesionales de enfermería tenemos un papel protagonista.

En este sentido, en la Comunidad de Madrid existen profesionales que están liderando proyectos interesantes en documentación, investigación y docencia, pero que pierden fuerza al estar centrados en una zona de influencia concreta como es un hospital o área de salud determinada.

Ha llegado el momento de construir un espacio común en el que podamos unir esfuerzos y canalizar estos proyectos y contribuir al desarrollo científico de la prevención y tratamiento de las heridas de piel.

Con el fin de unir a los profesionales que están liderando el estudio y la práctica clínica de este problema, queremos constituir este grupo, de modo que sirva como instrumento para fomentar la elaboración de criterios clínicos comunes, basados en evidencias científicas y que permitan orientar a los clínicos, investigadores, docentes, etc.

Pretendemos colaborar con cualquier grupo, dentro o fuera de nuestra comunidad y de nuestro país, que coincida con nuestros objetivos. Esta visión aperturista nos permitirá hablar un idioma científico de consenso nacional e internacional, y nos permitirá contribuir a la construcción de una red científica sin fisuras de crecimiento y desarrollo conjunto.

Desde la Asociación Madrileña de Enfermería Gerontológica (AMEG), queremos constituir este grupo, vinculando con nuestra estrategia de creación de grupos de trabajo AMEG, como una aportación más al cumplimiento de nuestra misión: «Hacia una ciencia y arte del cuidar, digna, humana y de calidad para nuestros mayores».

Objetivos

• Generales

- Aglutinar a profesionales madrileños que estén liderando la prevención y tratamiento de heridas crónicas en la Comunidad de Madrid.
- Constituir un grupo consultor para profesionales, farma-industria, organismos públicos y privados que coincidan con nuestros objetivos.
- Crear un espacio común donde se pueda canalizar formación, investigación, publicaciones, etc., relacionado con las heridas crónicas.

• Específicos

- Publicar un suplemento de heridas crónicas anual en la revista AMEG.
- Organizar actos científicos que difundan la práctica basada en la evidencia en la prevención y tratamiento de heridas crónicas.
- Canalizar proyectos de investigación que permitan aumentar los conocimientos en este campo.
- Desarrollar proyectos docentes que permitan aumentar los conocimientos, actitudes y habilidades relacionadas con las heridas crónicas.
- Establecer relaciones con otros grupos nacionales o internacionales para realizar intercambios de experiencia, información, etc.

LA ASOCIACIÓN

MADRILEÑA DE ENFERMERÍA GERONTOLÓGICA

¿Quiénes somos?

Somos un colectivo compuesto por profesionales de enfermería de la comunidad de Madrid, con la intención de constituir una organización sin ánimo de lucro, encaminada hacia la búsqueda continuada de unos cuidados dignos y de calidad para nuestros mayores.

¿Qué perseguimos?

—Organizar un programa docente que permita formar profesionales expertos en enfermería gerontológica.
—Promover y organizar grupos de trabajo e investigación que permitan consolidar la ciencia y arte de la enfermería gerontológica.

—Informar y facilitar la contratación de nuestros asociados en centros que precisen enfermeros/as y auxiliares gerontológicos/as.

—Elaborar literatura propia de enfermería gerontológica.

—Asesorar en la asistencia, docencia, investigación y gestión en enfermería gerontológica.

—Defender los derechos de nuestros mayores, haciendo un especial hincapié en la persecución de los malos tratos.

¿Qué servicios te ofrecemos?

—Programa de formación continuada.
—Asistencia a congresos y jornadas a un precio reducido.
—Revista trimestral.

—Acceso y/o consulta a textos, monografías y documentos relacionados con la Enfermería gerontológica.

—Ofertas de trabajo en el sector.

—Asesoría jurídica a ancianos y profesionales.

—Apoyo y asesoría en cualquier actividad científica relacionada con la Enfermería gerontológica.

—Página web actualizada con información relacionada con el mundo de la Enfermería Gerontológica

<http://www.amegmadrid.org>

BOLETÍN DE ASOCIACIÓN A LA AMEG

Rellenar y enviar a la sede de la Asociación, junto con una foto tamaño carnet a:
Colegio de Enfermería de Madrid. Avenida de Menéndez Pelayo, 93 3ª planta, 28007 Madrid
Tel. 91 504 73 61 / www.amegmadrid.org

NOMBRE DNI

DIRECCIÓN

LOCALIDAD CP TEL

TITULACIÓN

CENTRO DE TRABAJO

SUSCRIPCIÓN GRATUITA

Fecha y firma



 **Mepilex[®]** Ag

Atacando a las
bacterias y
protegiendo la piel

Mepilex[®] + Plata (1,2 mg/cm²) + Carbón Activo

 **Mepilex[®]** Ag



SafetaC[®]
TECHNOLOGY



Reduce la carga bacteriana.

Neutraliza los patógenos de la herida en menos de 30 minutos.



Minimiza el traumatismo y el dolor.

Gracias a la tecnología Safetac de suave silicona.



Excelente manejo del exudado.

Fácil de usar incluso en zonas de difícil accesibilidad.

Para más información de éste y otros productos visite: www.molnlycke.es

 **MÖLNLYCKE**
HEALTH CARE