



T. Ruiz Márquez*
F. J. Muñoz Muñoz**

La calidad asistencial: una necesidad para prevenir la pérdida de autonomía en pacientes geriátricos

* Profesora de Enfermería Geriátrica. Profesora de Administración de los Servicios de Enfermería. Escuela Universitaria de Enfermería. Almería.

** Master en Dirección y Organización de Hospitales y Servicios de Salud.

Correspondencia:
Trinidad Ruiz Márquez
La Reina, 62 - bloque 4^o - 3^o I
04002 Almería

RESUMEN

El número de pacientes que llega al hospital con problemas de movilidad por los cambios fisiológicos que se producen en la vejez, justifica la necesidad de establecer un programa para protocolizar la asistencia de enfermería, evitando falta de calidad en la misma y prevenir la pérdida de autonomía en pacientes geriátricos durante su estancia hospitalaria.

Los cambios en la práctica deben estar precedidos por cambios de actitudes, por lo que la programación, además de protocolizar la asistencia, debe ir dirigida a concienciar al personal implicado en la necesidad de la misma.

PALABRAS CLAVE

Calidad; Inmovilidad; Prevención; Programa.

SUMMARY

The number of patients entering hospital with mobility problems caused by old age justifies the necessity to establish a program of nursing assistance to prevent the lack of mobility and selfhelp during the hospitalization. The correction in the patients care could be preceded by a change in medical assistance attitudes.

Then, the Program will facilitate, at the same time, the protocol of the nursing assistance and makes the implicated nursing staff aware of the problem.

KEY WORDS

Quality; Immobility; Preventive; Program.

24 INTRODUCCION

Preocuparse por la calidad es ir a la caza de la *no calidad*, ya que ésta es responsable de pérdidas económicas, disconformismo profesional e insatisfacción en la persona que solicita los servicios sanitarios.

Muchas veces un programa para eliminar la no calidad, entendida como todo error que se repite y/o toda tarea que debe volverse a hacer, repetirse o arreglarse da grandes resultados.

La pérdida de autonomía en un paciente durante su hospitalización es una manifestación de *no calidad* en los servicios de enfermería. «...*Nadie se da cuenta que el enemigo está ahí y gana terreno día a día...*» (A. Sennle, 1993).

Ante este problema es necesario elaborar, difundir y realizar programas dirigidos a concienciar al personal de la importancia del mismo, y a instaurar medidas para prevenir la pérdida de autonomía.

CONSIDERACIONES SOBRE LA MOVILIDAD EN LOS ANCIANOS

Los cambios que se producen a nivel del sistema músculo-esquelético, unido a determinadas patologías y/o demencias hacen que a su llegada a un centro el anciano traiga problemas de movilidad.

Los cambios que se producen a nivel del sistema músculo-esquelético resultan muy evidentes en el anciano. La masa ósea disminuye y se desmineraliza originando osteoporosis senil primaria. La osteoporosis de las vértebras y la pérdida de espesor de los discos intervertebrales produce disminución de la longitud de la columna (disminución de la talla corporal) y menor flexibilidad del raquis. Aparece cifosis dorsal que altera la estética y es compensado por la flexión de rodillas y caderas (Foto 1).

El envejecimiento articular produce un deterioro y pérdida de agua en las superficies articulares y un crecimiento óseo irregular en los bordes de las articulaciones, lo que causa dolor y limitación de movimiento.

El envejecimiento muscular origina una pérdida de fuerza y masa muscular, afectando a miembros superiores e inferiores, siendo más evidente en los

pies, ya que los músculos peroneo y tibial pierden su eficacia como medios de sostén, dando lugar a modificaciones en los huesos del pie, comprometiéndose el equilibrio corporal, la alineación y la marcha.

Estos cambios fisiológicos, unidos a determinadas patologías y/o demencias, hacen que a su ingreso en un hospital el anciano aporte problemas de movilidad que se agravan por la inmovilidad que ocasiona la patología aguda y la hospitalización.

Los efectos de la inmovilidad en los ancianos son especialmente peligrosos. Aparece pronto debilidad muscular, atrofia y disminución de la resistencia siendo difícil su rehabilitación.

La pérdida funcional permanente es más probable con la inmovilidad prolongada y hacen a las personas más vulnerables a nuevas enfermedades como neumonías, úlceras por presión, caídas y fracturas, osteoporosis, incontinencia, confusión y depresiones.





IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Hay autores que refieren que casi uno de cada diez ancianos no ingresados informan de alguna limitación en la movilidad, y de los ingresados cerca del 90% son dependientes al menos en una actividad de la vida diaria, siendo los problemas de movilidad a menudo razón para su ingreso (Brody y Foley, 1985).

Para trasladar estos datos a nuestro medio de trabajo hemos realizado un estudio de 90 valoraciones realizadas por los alumnos de la Escuela Universitaria de Enfermería de Almería, durante los cursos académicos 1992/93 - 1993/94. En las valoraciones buscamos los siguientes datos:

- 1) Pacientes que a su ingreso presentan problemas de movilidad.
- 2) Edad de los pacientes valorados.
- 3) Nivel funcional de los pacientes que ingresan con algún problema de movilidad. Se agrupan por edades de la siguiente forma: pacientes entre 65 y 70 años, pacientes entre 70 y 80 años y pacientes con más de 80 años.

Para valorar el nivel funcional utilizamos la clasificación sugerida por la N.A.N.D.A. en su diagnóstico de enfermería "Deterioro de la movilidad física" (Tabla I).

Los resultados son los siguientes:

- De una muestra de 90 pacientes de más de 65 años, 63 tienen problemas de movilidad (Fig. 1).

Tabla 1. Clasificación del nivel funcional sugerido por la N.A.N.D.A. con el diagnóstico de enfermería

Deterioro de la movilidad física (Patrón 6.- Movimiento)	
Nivel	
0 -----	Completamente independiente
1 -----	Requiere uso de equipos o dispositivos
2 -----	Requiere de otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza
3 -----	Requiere ayuda de otra persona y de equipo o dispositivos
4 -----	Dependiente, no participa en la actividad

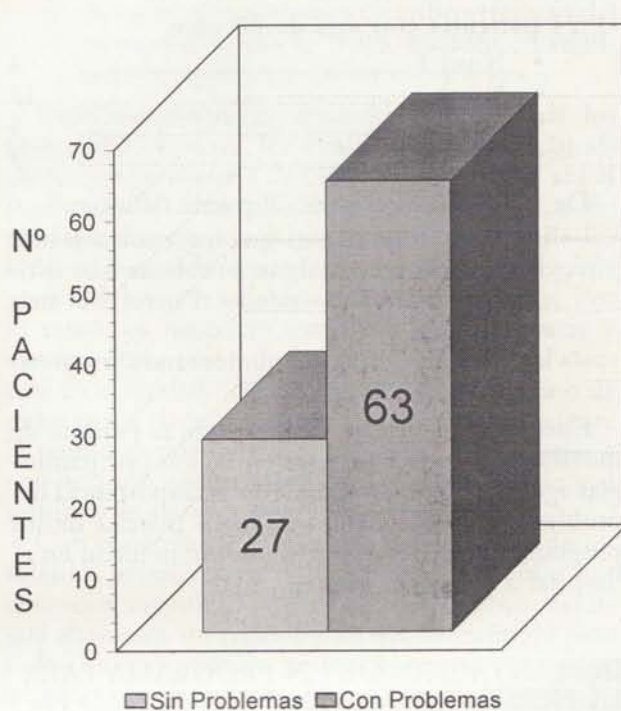


Figura 1. Nivel funcional en pacientes con problemas de movilidad por edades

Por edades

- 30 pacientes entre 65 y 70 años:
17 Tienen problemas de movilidad.
- 30 pacientes entre 70 y 80 años:
21 tienen problemas de movilidad.
- 30 pacientes con más de 80 años:
24 tienen problemas de movilidad.

Segun nivel funcional agrupados por edades (Fig. 2)

17 pacientes entre 65 y 70 años	
• Nivel 1	3
• Nivel 2	11
• Nivel 3	2
• Nivel 4	1
22 pacientes entre 70 y 80 años	
• Nivel 1	3
• Nivel 2	15
• Nivel 3	3
• Nivel 4	1

26

- 24 pacientes con más de 80 años
- Nivel 1 4
 - Nivel 2 12
 - Nivel 3 5
 - Nivel 4 3

De los datos anteriores, se puede deducir:

- Un 70% de pacientes que ingresan con más de 65 años tienen algún problema que dificulta su movilidad —siendo el nivel 2 el más significativo—.
- Los niveles 3 y 4 van aumentando progresivamente con la edad.

Estos datos y el conocimiento de la pérdida de movilidad que lleva la hospitalización por patologías agudas ponen de manifiesto la importancia del problema y justifican la puesta en marcha de un programa para prevención de la inmovilidad en el hospital a pacientes geriátricos.

IMPLANTACION DE UN PROGRAMA PARA LA PREVENCIÓN DE LA INMOVILIDAD EN EL HOSPITAL

Para luchar contra manifestaciones de *no calidad* como la pérdida de autonomía en un anciano tras su hospitalización es necesario hablar de "garantía de calidad", cuya filosofía consiste en hacer las cosas de tal modo que no se produzcan fallos, debiendo estar implicados en la misma todos los profesionales.

... *Hay personas que cometen siempre los mismos errores y a esto lo llaman experiencia...* (Dr. Michael Baquey).

Para conseguir garantía de calidad es necesario establecer un sistema de calidad que dividiremos en tres fases:

- A) *Arranque*, que comprende los siguientes pasos:
 - La organización para el lanzamiento.
 - La campaña de información.
 - La formación y el entrenamiento.
- B) Implantación de un proyecto piloto al que se refieren los siguientes pasos:
 - Juicio del plan de mejora.
 - Información sobre la campaña piloto y reconocimiento.
- C) Generalización del plan de mejora.

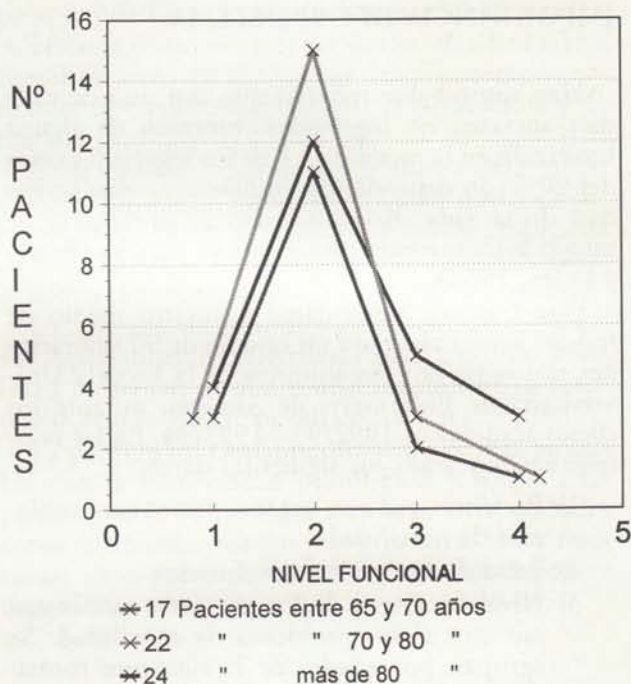


Figura 2. Problemas de movilidad. En una muestra de 90 pacientes de más de 65 años a su ingreso.

Organización para el lanzamiento

En la etapa de organización para el lanzamiento habrá que:

- Precisar los objetivos fijados y la estrategia de actuación.
- Definir una planificación a seguir y unos plazos para alcanzarlos.
- Adecuar la estructura de la empresa para facilitar su consecución.
- Asignar recursos humanos y materiales para conseguirlos.

Es condición indispensable que los organizadores estén convencidos de la utilidad y conveniencia del programa a implantar.

Campaña de información

Durante la campaña de información se dará a conocer que se va a proceder a un cambio en la metodología de trabajo y que se esperan resultados concretos.



El aspecto humano y la comunicación son ahora dos elementos importantísimos que deben aplicarse con precisión exquisita y cuidarse con la misma atención. Hay que conseguir involucrar a la gente y conseguir que sepan y sientan que este proceso de mejora es algo suyo y que va a redundar en su propio beneficio, además de en beneficio de la empresa y del usuario. Hay que explicarles que la mejora depende de todos, de las ideas y aportaciones de cada uno, y que dichas aportaciones, todas ellas son fundamentales para el éxito, pues se trata de una labor de equipo y no de los directivos.

Los principios básicos a transmitir en esta campaña serán:

- La calidad como elemento motivador y de satisfacción
- Las cosas bien hechas a la primera
- De una vez para siempre
- Con capacidad de medida para apreciar objetivamente los resultados
- Precio del incumplimiento y costes de la no calidad
- Consecuencias físicas, psíquicas y sociales para el anciano
- Para ello hay mucho que aprender por parte de cada uno
- Vamos a conseguirlo

Formación y entrenamiento

Después de la organización se debe proceder a suministrar formación en calidad con el objetivo de inculcar que la calidad no es una ciencia que se puede aplicar cuando hace falta, sino atribuir el convencimiento de que la calidad debe pasar a formar parte de su vida y que es aplicable a todas las actuaciones en el futuro.

Paralelamente se dará formación sobre la nueva metodología a emplear y el uso correcto de técnicas y herramientas.

Proyecto Piloto

Juicio del proyecto en un servicio afectado de forma muy directa por el problema.

Para evitar el fracaso en el intento el programa debe de ser:

- 1) Eficaz, tiene que mejorar la salud
- 2) Aceptable para quien va destinado
- 3) Eficiente. La mejora de salud debe realizarse a un coste razonable

- 4) Acordes a los adelantos científico-técnicos del momento y, por lo tanto, basados en resultados empíricos y no en intuiciones.

27

Estas características serán los objetivos de los protocolos clínicos, los cuales nos permitirán alcanzar una asistencia de calidad cuando esto sea el producto del desarrollo de un proceso clínico estandarizado, cuando haya un uso eficiente de los recursos y cuando aporte un mínimo de yatrogenia y un máximo de satisfacción para el paciente. Por lo tanto, es necesario estandarizar la asistencia y dar una descripción de los pasos que hay que efectuar en el cuidado del paciente, donde cada uno de estos pasos depende del resultado del precedente haciendo uso de los datos pertinentes para llegar a una decisión que suponga el máximo beneficio y el mínimo de riesgo para el paciente.

Con todo ello se tiende a la consecución de resultados prácticos que deberán ser reconocidos por el comité organizador. Este reconocimiento resultará altamente motivador y servirá de estímulo para todos los trabajadores, y alentar en la continuidad de prácticas de mejora que va a llevar a la generalización en la institución del programa piloto.

EJEMPLO DE LO QUE PODRIA SER UN PROGRAMA PARA PREVENIR LA PERDIDA DE AUTONOMIA EN PACIENTES GERIATRICOS DURANTE SU HOSPITALIZACION

Justificación

El incremento significativo de personas ancianas que pierden total o parcialmente su autonomía por el deterioro de la movilidad, se justifica en gran medida, no sólo por el fenómeno del envejecimiento, sino por la creciente inmovilidad que ocasiona el hospitalismo, dando lugar dicha situación a un aumento de los costes por yatrogenia o la insatisfacción del personal y, en definitiva, a una disminución en la calidad de vida del anciano.

OBJETIVOS

General

Disminuir el número de ancianos que se encuentran en situación de larga estancia como con-

- 28 secuencia de no haber realizado una adecuada valoración y/o la utilización de una metodología inadecuada y por tanto ausencia de profilaxis.

Específicos

- 1) Concienciar a los profesionales de la necesidad del mismo, antes de su instauración para obtener credibilidad y entusiasmo e involucrar al equipo en lo que ha de llevar a cabo.
- 2) Elaborar o seleccionar protocolos para:
 - Valoración y plan de cuidados.
 - Movilización de las articulaciones.
 - Prevención de úlceras por decúbito.
- 3) Realizar campaña de información y formación de técnicas específicas y herramientas de trabajo para la realización de los protocolos.
- 4) Establecer criterios para apreciar objetivamente los resultados.
- 5) Realizar las actividades implicando al paciente y la familia, realizando a ésta educación sanitaria si se valora necesario.
- 6) Instaurar el programa.

Participantes

Intervendrán en el desarrollo del programa supervisor, personal de enfermería, celadores, auxiliares y familiares del paciente.

Presupuesto

Delimitar los recursos necesarios para su ejecución.

Recursos humanos, con un estudio de cargas de trabajo.

Recursos materiales y medios técnicos.

Evaluación

Se realizará contrastando los resultados con los criterios establecidos previamente.

Los criterios pueden ser:

- Nivel funcional que tenía a su ingreso y el que tiene en el alta, teniendo en cuenta lo invalidante que en general es la patología en sí.
- Número de úlceras por decúbito presentadas durante su hospitalización.

CONCLUSION

El número de pacientes con más de 65 años que ingresan en el hospital con problemas de movilidad justifica la necesidad de elaborar, difundir y realizar un programa para prevenir la pérdida de autonomía en estos pacientes a consecuencia del hospitalismo.

Este programa no se puede imponer a quien ha de llevarlo a cabo. Los cambios en la práctica han de estar precedidos por cambios de actitudes. Un conocimiento de los costes generados, de la insatisfacción profesional que ocasiona, y de las consecuencias reales que tiene en los ancianos unas actitudes erróneas o un método de trabajo inadecuado, puede concienciar que el error es injusto y denigrante e indica falta de profesionalidad, de motivación o de criterios, y es necesario establecer medidas para evitar la pérdida de autonomía, teniendo presente que la calidad es cosa de todos y forma parte del trabajo diario de cada uno.

BIBLIOGRAFIA

- ARANAR, J. M. y cols. "Gestión Sanitaria y Asistencia Neurológica". En: Mattas-Guiu, Lainez, J. M., editores. Barcelona, 1994.
- BALDERAS PEDRERO, M. L. "Administración de los Servicios de Enfermería". Ed. Interamericana, 1988.
- CARRAL, M., BLUE, J. "Cuidados de Enfermería Individualizados en el anciano". Ed. Doyma, 1988.
- LANGARICA SALAZAR, R. "Geriatría y Gerontología". Ed. Interamericana, 1987.
- MARTIN, E.; JUNOD, J. D. "Manual de Geriatría". Ed. Toray Masson, 1976.
- SENILLE, A. "Calidad Total en los Servicios y en la Administración Pública". Barcelona: Ed. Gestión 2000, S.A., 1993.
- Taxonomía revisada en 1990 de diagnósticos de enfermería aprobados por la N.A.N.D.A., hasta la novena conferencia.
- UDAONDO DURAN, M. "Gestión de Calidad". Madrid: Ediciones Díaz de Santos, S. A., 1992.
- Valoraciones realizadas por los alumnos de la E.U.E. de Almería, en los cursos académicos 1992/93 - 1993/94.