

Modelo de Cuidado de Personas con Enfermedades Crónicas

La transición epidemiológica y demográfica de las últimas décadas ha generado un incremento de las llamadas enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente la enfermedad cardiovascular, la diabetes, el cáncer y la enfermedad crónica respiratoria.

Entre los factores que explican esta transición se encuentran la mayor expectativa de vida y el incremento de varios factores de riesgo para estas enfermedades, principalmente el sedentarismo, la alimentación inadecuada y la obesidad. Estos factores han aumentado debido a los profundos cambios en los ambientes físicos y sociales que han modificado nuestra forma de trabajar, recrearnos y movilizarnos generando modos de vida que incrementan las probabilidades de presentar enfermedades crónicas.

El sistema de salud no ha acompañado en la misma medida estos cambios epidemiológicos, estando orientado, principalmente a la atención de procesos agudos y a los cuidados de la población materno-infantil. Desde esta lógica, el sistema responde en forma reactiva a la demanda. Cuando una persona consulta por algún motivo agudo, el sistema brinda una respuesta relativamente aceptable lo capta e interviene, y una vez resuelto el problema, el paciente queda nuevamente fuera del mismo hasta un nuevo episodio agudo.

Como en toda enfermedad crónica, la atención de personas con DMT2 requiere pasar de un modelo reactivo, centrado en la enfermedad, a un modelo proactivo y planificado, centrado en la persona y su contexto. Un modelo que garantice una buena calidad de atención, favorezca el seguimiento longitudinal y promueva la adherencia al tratamiento. (cuadro n°1)

El modelo de cuidado de personas con enfermedades crónicas, impulsado por la Organización Panamericana de la Salud con el propósito de mejorar los cuidados de esta población, propone un abordaje integral e integrado de las mismas a partir de la interacción entre un equipo de salud proactivo, adecuadamente capacitado, y pacientes activos, informados e involucrados con los cuidados que requiere la atención de su enfermedad.

Cuadro n°1. Modelos de Atención

Modelos de Atención		
Características	Modelo de Atención de Problemas Agudos	Modelo de Cuidado de Crónicas
Enfoque	Centrado en la enfermedad	Centrado en la persona
Atención	A demanda	Programada y planificada
Equipo de Salud	Reactivo	Proactivo
Paciente	Pasivo	Activo, informado e involucrado

El modelo de cuidados de personas con enfermedades crónicas se implementa a través de una determinada organización de los servicios de salud en relación a cuatro componentes (ver grafico):

- Sistema de provisión de servicios
- Soporte para la toma de decisiones
- Autocuidado
- Sistema de información



Modelo de Cuidado de Personas con Enfermedades Crónicas (Adaptado de Wagner et al. 1999)

Sistema de provisión de servicios

La diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular, se caracterizan por permanecer oligo o asintomáticas durante muchos años. Estos más otros factores, como los vinculados a las creencias familiares y las representaciones sociales de la enfermedad, determinan que las personas con estos padecimientos se vean poco motivadas a consultar. Por tal motivo los servicios de salud requieren contar y brindar determinadas características que favorezcan la adherencia al tratamiento y seguimiento de las personas con enfermedades crónicas:

- ● ● Equipamiento mínimo requerido para la atención: Tensiómetro, balanza, altímetro, cinta métrica para la determinación de la circunferencia abdominal, monofilamento para la evaluación de neuropatía sensitiva en los pies
- ● ● Acceso a determinaciones de laboratorio y demás estudios complementarios: Hb glicosilada, colesterolemia, creatininemia, microalbuminuria, ECG.
- ● ● Nominalización de la población que permita el seguimiento activo de las personas bajo cuidado (citación activa de pacientes).
- ● ● Sistema de registro: Historia clínica para adultos, planilla de seguimiento de personas con diabetes y riesgo cardiovascular. En los anexos 5 y 6 se ofrece un modelo de historia clínica y de planilla de monitoreo. Asimismo constituyen herramientas para facilitar la evaluación y la mejora continua de la calidad de atención y para alimentar un "sistema de información"
- ● ● Gestión de turnos: Como en toda enfermedad crónica, las personas con diabetes deben tener acceso a turnos programados y garantizarse la mayor accesibilidad en los diferentes niveles de atención.
- ● ● Coordinación entre los diferentes niveles de atención: El cuidado de personas con diabetes u otras enfermedades crónicas requiere el trabajo coordinado de los diferentes efectores del sistema de salud y toma especial relevancia el trabajo en red. Debe procurarse una coordinación efectiva entre los diferentes niveles de atención, mediante un sistema de referencia y contrarreferencia que facilita la gestión del proceso de atención con acceso en tiempo y forma a las interconsultas requeridas. Se recomienda la gestión de turnos en el segundo nivel desde el CAPS y la utilización de un formulario para la referencia-contrarreferencia.
- ● ● Provisión continua de medicamentos: Los medicamentos constituyen uno de los pilares del tratamiento de personas con diabetes mellitus. Para garantizar la provisión continua de medicamentos es necesario un compromiso de gestión y articulación entre el Ministerio de Salud de la Nación y las diferentes jurisdicciones. Nominalizar la población bajo programa y conocer que fármacos recibe el CAPS por las diferentes fuentes de financiamiento facilitan las estimaciones sobre la demanda real de medicamentos que deberá proveerse.
Cada jurisdicción debe contar con un área responsable de la provisión de medicamentos, llevando adelante actividades como el control de stock, la eliminación de medicamentos vencidos y la gestión de clearing o intercambio de medicamentos con otros CAPS.
Este proceso permite optimizar la utilización de los recursos y es útil, a su vez, como estrategia para auditar la prescripción. Sobrantes desmedidos o faltantes habituales pueden representar prescripciones inadecuadas. Por ejemplo: remanentes excesivos de aspirina podrían generar como interrogante en el equipo de salud, si es que todos los pacientes elegibles para su prescripción, lo están recibiendo efectivamente.

- ● ● Trabajo en equipo: La atención de personas con DMT2 requiere, idealmente, un equipo interdisciplinario que cuente con las competencias apropiadas y se capacite en forma continua.

Con el objetivo de optimizar la tarea, es recomendable organizar el trabajo de modo de consensuar criterios de abordaje y acordar roles y funciones de cada integrante.

A modo de ejemplo, el personal administrativo puede ocuparse de completar la primera parte de la historia clínica y la libreta de cuidados, y gestionar los turnos. El enfermero podría luego evaluar al paciente (peso, talla, IMC, control de TA, perímetro abdominal) y brindar educación y consejería (alimentación, actividad física, consumo de tabaco, cuidado de los pies). Posteriormente el médico completa la evaluación y planifica junto al paciente y el resto del equipo las intervenciones diagnósticas y terapéuticas.

Soporte para la toma de decisiones

El desarrollo de un soporte para la toma de decisiones pretende acercar al equipo de salud conocimientos acerca de las intervenciones más efectivas con las que se cuenta para el cuidado de su población a cargo. De este modo contar con equipos preparados permite reducir la variabilidad inadecuada de la práctica, mejorando así la calidad de los cuidados provistos.

Por otra parte, la capacitación continua aumenta la motivación y percepción de bienestar en quien la recibe, impactando favorablemente en su desempeño..

El desarrollo de guías de práctica clínica basadas en evidencia y su implementación a través del uso de recordatorios, talleres de capacitación, incentivos económicos e intervenciones mediadas por pacientes son medidas efectivas para lograr los resultados esperados.

Autocuidado

La adherencia deficiente se observa en más de la mitad de las personas con enfermedades crónicas y representa la principal causa de fracaso terapéutico. Por otro lado debe tenerse en cuenta que el 95 a 99 % de los cuidados que estas personas deben recibir, son autoimpartidos. De esto se desprende, la necesidad de aplicar un modelo de atención integral e integrado de las enfermedades crónicas que contemple el desarrollo de un soporte para el autocuidado.

Es muy difícil para las personas hacer lo que no comprenden, por lo que la educación debe ser el primer paso para promover el involucramiento del paciente en el cuidado de su salud.

Desde la Dirección de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades No Transmisibles se han desarrollado diferentes herramientas para facilitar al equipo de salud el desarrollo del componente autocuidado: materiales educativos y una libreta de cuidados para la persona con diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular, así como afiches para la sala de espera con recomendaciones para la prevención y abordaje del riesgo cardiovascular. Estos materiales se encuentran disponibles en las diferentes secciones de esta página web.

Actualmente se encuentra en desarrollo un manual para educadores en diabetes y otros factores de riesgo cardiovascular.

Sistema de información

El propósito de este componente es generar un mecanismo de retroalimentación hacia los diferentes niveles de gestión de los cuidados con información útil para la toma de decisiones, mediante la implementación de un sistema de información que garantice la obtención de indicadores de calidad de atención.

A través de los sistemas de información los equipos de salud pueden conocer cuantos de sus pacientes reciben las prácticas preventivas, diagnósticas y terapéuticas recomendadas para esa población (Por ejemplo: porcentaje de pacientes con diabetes con control trimestral de presión arterial, así como datos sobre el adecuado control de la enfermedad. (Por ejemplo: Porcentaje de pacientes con diabetes mellitus con niveles de TA = 130/80 mm Hg).

Tener a disposición estos datos permite a los equipos y gestores de salud reorientar las acciones para mejorar la calidad de los cuidados provistos.

A través del siguiente vínculo puede acceder a la planilla Qualidiab modificada que el Ministerio propone como sistema de información para personas con diabetes mellitus y/o riesgo cardiovascular elevado



Conclusión

La atención de personas con enfermedades crónicas presenta grandes desafíos. En este sentido, reorientar los servicios de salud y fortalecer el primer nivel de atención son pilares fundamentales para hacerles frente.

El Modelo de Cuidado de Personas con Enfermedades Crónicas representa una alternativa viable y ha mostrado ser efectivo en los ámbitos donde fue implementado.