



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

La enfermera gestora de casos, garantía de coordinación y de continuidad asistencial

2017





Autores

- Angélica Miguélez Chamorro. Subdirectora de Atención a la Cronicidad, Coordinación Sociosanitaria, Salud Mental y Enfermedades Poco Frecuentes. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Mercè Gomila Mas. Grupo Técnico de Atención a la Cronicidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Carlos Javier Villafáfila Gomila. Subdirector de Curas Asistenciales y Atención al Usuario. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Francesc Albertí Homar. Coordinador de Atención Sociosanitaria. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Isabel Román Medina. Supervisora del Área Sociosanitaria del Hospital General. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Noemí Sansó Martínez. Universidad de las Islas Baleares
- Yolanda Muñoz Alonso. Servicio de Planificación Sanitaria. Consejería de Salud del Gobierno de las Islas Baleares
- Carlos Serrano Jurado. Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria (ESAD). Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Margarita Riera Fiol. Enfermera del Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Estefania Serratusell Sabater. Grupo Técnico de Atención a la Cronicidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares



Revisores

- Antònia Roca Casas. Directora mèdica de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Maria Antònia Font Oliver. Directora de enfermería de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Silvia García Castro. Enfermera gestora de casos del Hospital Universitario Son Espases. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Eugenia Carandell Jäger. Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Bartolomé Sastre Palou. Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Maria Àngels Pujols Buades. Gabinete Técnico de la Gerencia de Atención Primaria de Mallorca. Servicio de Salud de las Islas Baleares
- Gabriel Moragues Sbert. Grupo Técnico de Atención a la Cronicidad. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Revisión lingüística

Bartomeu Riera Rodríguez. Servicios Centrales. Servicio de Salud de las Islas Baleares

Debe entenderse que cualquier referencia sobre profesionales u otras personas que en el documento se haga en género masculino o femenino alude indistintamente a hombres y a mujeres, de tal manera que ello no supone un uso sexista del lenguaje.

Edición: Subdirección de Atención a la Cronicidad
Servicio de Salud de las Islas Baleares. Consejería de Salud
Fecha: Diciembre de 2017
ISBN: 978-84-697-9284-1



Índice de contenidos

1. Introducción	7
2. Propuesta de modelo de atención al paciente con alguna enfermedad crónica compleja o avanzada.....	10
2.1. Estratificación y desarrollo de los sistemas de información sanitaria	10
2.2. Atención domiciliaria resolutive y proactiva.....	11
2.3. Creación de unidades de pacientes crónicos complejos en los hospitales de agudos.....	13
2.4. Creación de unidades de pacientes crónicos avanzados en los hospitales de estancia media o en unidades polivalentes.....	14
2.5. Coordinación eficaz de la enfermera gestora de casos	16
3. La enfermera gestora de casos, garantía de coordinación y de continuidad asistencial.....	17
4. Objetivos del Programa de enfermera gestora de casos.....	18
5. Población diana	19
6. Competencias de la enfermera gestora de casos	20
7. Inclusión en el Programa, intervenciones y circuitos de atención en los diferentes ámbitos asistenciales.....	22
7.1. Enfermera gestora de casos comunitaria	22
7.2. Enfermera gestora de casos hospitalaria.....	28
7.3. Enfermera gestora de casos de hospital de estancia media.....	33
7.4. Proceso de atención de la enfermera gestora de casos en los diferentes ámbitos asistenciales	36
7.5. Proceso de enfermera gestora de casos en descompensación del paciente crónico complejo	37
7.6. Proceso de enfermera gestora de casos en descompensación del paciente crónico avanzado.....	38
8. Evaluación	39
9. Bibliografía.....	43
10. Glosario	48
11. Anexos.....	49
Anexo 1. Cuestionarios de satisfacción.....	49
Anexo 2. Definición de paciente crónico complejo y de paciente crónico avanzado	51

1. Introducción

El envejecimiento y el aumento de la esperanza de vida junto con la presencia de enfermedades crónicas, sumados a los cambios estructurales familiares y sociales, son factores que repercuten en el empeoramiento de la salud y en el incremento constante de la necesidad de recursos sanitarios y sociales.¹

Si hay algo que justifique un cambio en la provisión de los servicios sanitarios —por tanto, en el papel que los diferentes profesionales de la salud deben desempeñar— es que la población ha cambiado de manera radical en los últimos años y el sistema sanitario no ha sabido o no ha podido adaptarse a estos cambios dando respuestas adecuadas y sostenibles.²

España es uno de los estados con uno de los índices de envejecimiento más alto del mundo. Según proyecciones del Instituto Nacional de Estadística de 2014, el porcentaje de población mayor de 65 años —que actualmente se sitúa en el 18,2 %— habrá crecido hasta el 24,9 % en 2029 y el 38,7 % en 2064.

Según el Instituto Nacional de Estadística, se estima que la población de las Islas Baleares en 2029 será de 1.169.361 habitantes y que se alcanzará el 21 % entre las personas mayores de 65 años y el 6,2 % entre las mayores de 80 años.³

Tabla 1. Proyección de la población de las Islas Baleares entre 2015 y 2029.

Año	2015		2029	
Población total	1.120.548		1.169.361	
Mayores de 65 años	170.899	15,3 %	244.776	21,0 %
Mayores de 80 años	48.082	4,3 %	73.035	6,2 %

Fuente: Instituto Nacional de Estadística.

El envejecimiento se traduce en la disminución de la capacidad funcional; ello no implica intrínsecamente enfermedades, pero sí más vulnerabilidad a los cambios y a los entornos desfavorables. A medida que las personas se van haciendo mayores, el peso de los procesos agudos sobre la morbilidad y la mortalidad disminuye, de manera que los procesos crónicos son cada vez más frecuentes.⁴ Los cambios fisiológicos relacionados con la edad, las enfermedades crónicas y los procesos agudos o intercurrentes generan discapacidad y dependencia. La relación entre enfermedad y discapacidad es, pues, evidente.⁵

Las *enfermedades crónicas* se definen como problemas de salud que progresan lentamente, evolucionan imprevisiblemente y requieren controles continuados en el tiempo.⁶ Según la Encuesta Andaluza de Salud de 2007, la prevalencia de la cronicidad* para los pacientes de 75 años o más se sitúa en el 91,6 %, en el 84,3 % para el grupo de

* Al menos una de entre estas doce: alergias crónicas; artrosis o reumatismo; bronquitis crónica; diabetes; hipertensión; migrañas o jaquecas; dolor o molestias en la espalda, en el cuello, en los hombros o en la cintura; mala circulación; trastornos cardíacos, depresión o ansiedad; otros problemas mentales, y osteoporosis.

65 a 74 años, en el 73,6 % para la franja de edad de 55 a 64 años y en el 48,4 % para las personas de 45 a 54 años.

En cuanto a la pluripatología (es decir, al menos dos enfermedades de las doce citadas en el pie de página anterior), la prevalencia se sitúa en el 63,5 % en el grupo de edad de 85 años o más, en el 68,6 % entre las personas de 75 a 84 años, en el 54,2 % en la franja de 65 a 74 años, en el 38,8 % entre las personas de 55 a 64 y en el 17,7 % en las de 45 a 54 años.

El análisis del conjunto de las altas hospitalarias de Andalucía pone de manifiesto que en el 43,14 % se identifica una enfermedad crónica que genera discapacidad. Además, entre los años 2000 y 2010 se incrementó un 66,82 % el número de pacientes crónicos complejos o pluripatológicos. Este incremento se apreció tanto en pacientes con GRD médicos como en pacientes con GRD quirúrgicos, en los que el incremento de pacientes pluripatológicos es incluso mayor, pues alcanza el 119 % de incremento en el mismo periodo.⁷

Según datos del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en fecha de 31 de mayo de 2016 había en las Islas Baleares 12.546 personas beneficiarias de una prestación por dependencia, de las cuales 8.757 recibían ayuda económica para cuidados dentro del ámbito familiar (el 69,68 % del total de prestaciones); la siguiente prestación más utilizada era el recurso residencial, utilizado por 1.916 personas (15,25 %) y, por último, los centros de día, con 920 personas (7,32 %).⁸

En esa misma fecha había en las Islas Baleares 17.779 personas con derecho a la prestación de dependencia y 5.233 con derecho a la prestación que aún no la recibían. En la tabla 2 se muestra la distribución del total de personas beneficiarias con derecho a la prestación según los grados de dependencia reconocidos.

Tabla 2. Número de beneficiarios con derecho a prestación de las Islas Baleares, distribuidos por grados.

Grado	Beneficiarios
Grado I	5.314
Grado II	7.462
Grado III	5.003
TOTAL	17.779

Fuente: Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

En resumen, estas son las conclusiones:

- Las enfermedades crónicas son la causa principal de la dependencia.⁹
- La mayoría de las enfermedades que ya están causando dependencia requieren controles y tratamientos para evitar —entre otras cosas— que la dependencia progrese.
- Son muy frecuentes las descompensaciones de las patologías crónicas, especialmente en los casos de pluripatología y polifarmacia, lo que conlleva una dificultad especial en el trato asistencial.

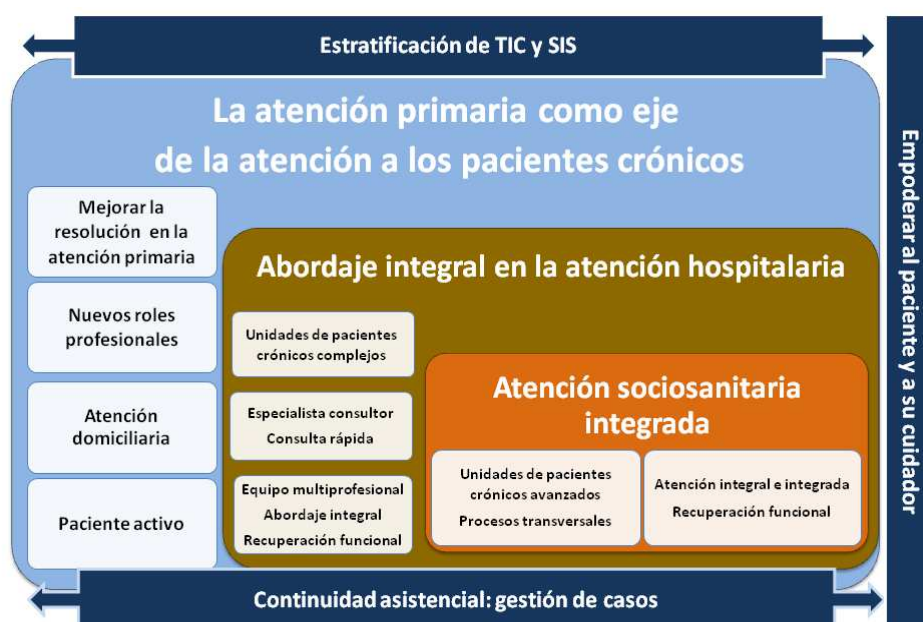
- Las personas con enfermedades crónicas complejas y dependientes desbordan los hospitales y la atención domiciliaria o residencial de los servicios sociales.
- Para que la atención sanitaria a las personas mayores dependientes sea eficiente debe gestionarse con una visión integradora y centrada en la persona.

Los costes de la atención a este perfil de personas frágiles, con enfermedades crónicas complejas, pluripatología, edad avanzada y complejidad, solo serán asumibles si cambiamos nuestro modelo de atención.

Para acelerar la respuesta en materia de prevención y control de las enfermedades crónicas, la Organización Mundial de la Salud recomienda fortalecer los programas de prevención y control de las enfermedades no transmisibles por medio de conocimientos técnicos adecuados, recursos y responsabilidad para evaluar las necesidades, planificación estratégica, formulación de políticas, coordinación multisectorial, ejecución y evaluación.¹⁰

La Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud publicada por el Ministerio de Sanidad en 2012 deja patente que los pacientes con más complejidad y/o con pluripatología necesitan una gestión integral del caso en su conjunto, con cuidados fundamentalmente profesionales, dirigidos a los pacientes y a su entorno cuidador. Es necesario llevar a cabo una gestión de los casos por medio de un proceso de valoración, planificación y coordinación y facilitando la provisión, la monitorización y la evaluación de las opciones y de los recursos profesionales u organizativos necesarios para resolver el caso.⁴

El Mapa estratégico de atención a la cronicidad del Servicio de Salud (véase la figura a continuación) identifica la continuidad asistencial como un elemento clave y transversal que compromete a todos los ámbitos asistenciales y a otras instituciones (servicios sociales, ayuntamientos, colegios, etc.).



Fuente propia.

2. Propuesta de modelo de atención al paciente con alguna enfermedad crónica compleja o avanzada

Siguiendo las recomendaciones de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud, el Servicio de Salud de las Islas Baleares desarrolla un proyecto para el abordaje del paciente crónico complejo y del paciente crónico avanzado, en el que la **enfermera gestora de casos** (o “de enlace”) tiene un papel clave para asegurar la continuidad de los cuidados y la coordinación entre los diferentes ámbitos asistenciales. Se propone un modelo de atención proactivo y coordinado, que requiere cambios estructurales en todos los niveles asistenciales para centrar la atención en la persona y ofrecer formación y soporte a los cuidadores en su entorno familiar. Se pasa de la gestión de la enfermedad a la gestión del caso asegurando unos cuidados profesionales coordinados y un uso eficiente de los recursos.

Dicho proyecto tiene cinco pilares:

- Estratificación y desarrollo de los sistemas de información sanitaria a fin de identificar a la población.
- Atención domiciliaria resolutoria y proactiva.
- Creación de unidades de pacientes crónicos complejos en los hospitales de agudos.
- Creación de unidades de pacientes crónicos avanzados en los hospitales de estancia media o en unidades polivalentes.
- Coordinación eficaz que asegure la continuidad de los cuidados y la activación de los recursos necesarios en cada caso por medio de la implementación del proyecto de enfermera gestora de casos.

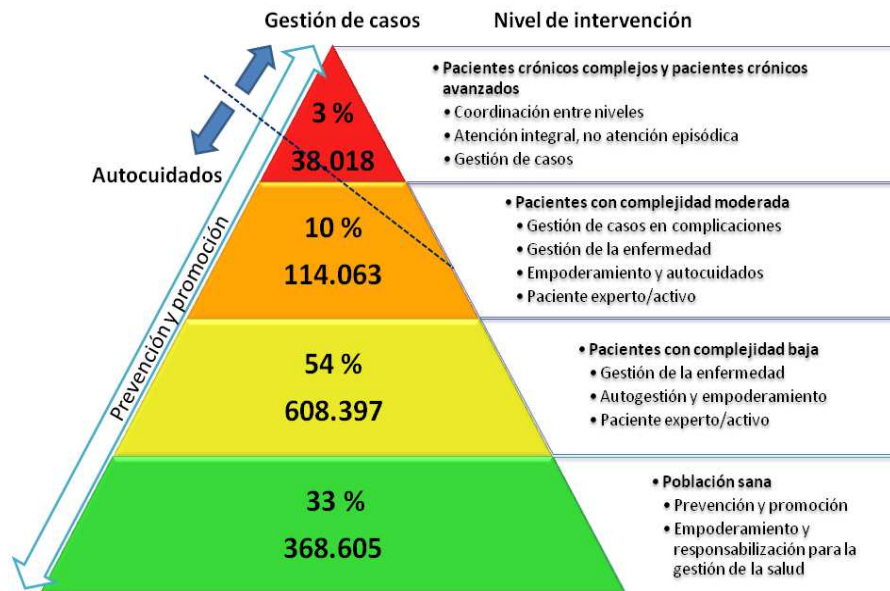
A continuación describimos los cuatro primeros para entender el marco de actuación de la enfermera gestora de casos; más adelante desarrollaremos el proyecto que es el objeto de este documento: la enfermera gestora de casos como garantía de coordinación y de continuidad asistencial.

2.1. Estratificación y desarrollo de los sistemas de información sanitaria

Estratificar y desarrollar los sistemas de información sanitaria es imprescindible para identificar a la población y activar las alarmas en la historia del paciente de tal manera que sean visibles en todos los ámbitos asistenciales.

El Servicio de Salud ha dado el primer paso en la planificación de la atención a la cronicidad estratificando a la población por grupos de morbilidad ajustados, herramienta que impulsó el Ministerio de Sanidad en 2015. La estratificación clasifica la población en grupos según la morbilidad y la complejidad identificando a las personas según sus necesidades, de tal manera que podamos anticiparnos a las complicaciones y a las reagudizaciones y planificar los recursos necesarios.

En esta figura aparece el resultado de la estratificación por grupos de morbilidad ajustados correspondiente a la población de las Islas Baleares en diciembre de 2016.



Fuente: Estratificación GMA. Diciembre de 2016. Población de las Islas Baleares

Para identificar al paciente en el sistema y mantenerlo en el *radar* sanitario es imprescindible desarrollar adecuadamente las tecnologías de la información y la comunicación y unos sistemas de información sanitaria que permitan identificar al paciente en la historia clínica por medio de alarmas que orienten a los profesionales en el proceso y les faciliten tomar decisiones. Este aspecto tiene una importancia vital para garantizar una atención integrada y coordinada.

2.2. Atención domiciliaria resolutoria y proactiva

Para que los pacientes con alguna enfermedad crónica compleja o avanzada puedan tener un control adecuado de ella en su casa se requiere una atención domiciliaria proactiva y resolutoria que dé soporte y formación al paciente y a su cuidador para prevenir en la medida de lo posible complicaciones como las úlceras, las caídas y las descompensaciones evitables. Desde el Servicio de Salud pretendemos impulsar una atención domiciliaria eficaz para mejorar la calidad de vida de las personas frágiles y de sus cuidadores, pues se ha demostrado que la atención domiciliaria es más eficaz y eficiente que la atención institucionalizada.¹¹

La Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud recomienda potenciar el papel de los profesionales de medicina y de enfermería de la atención primaria como referentes de los pacientes con problemas de salud crónicos para hacer el seguimiento de sus procesos y activar los recursos.

El papel del profesional de la enfermería en el soporte a los autocuidados y en el acompañamiento en el proceso de empoderamiento de los pacientes es incuestionable, dado su perfil clínico y educador competente en la preparación y en el entrenamiento del paciente y de su cuidador.

Siempre que sea posible, el domicilio es el mejor sitio donde este tipo de paciente puede mantener el control de su cuidado, ya que permanecer en su entorno mejora su bienestar y su calidad de vida. En los casos de falta de implicación familiar, ausencia de cuidador o decisión informada de la familia de no querer asumir el cuidado será necesario trabajar en equipo para emplazar al paciente en el lugar más adecuado que asegure los cuidados. La intervención social es clave con el fin de mantener a estos pacientes en las mejores condiciones posibles, procurándoles a ellos y a su entorno el soporte social adecuado en cada situación. Los profesionales del trabajo social sanitario son responsables de las funciones de diagnóstico y tratamiento de la problemática social y de facilitar y coordinar el acceso a otros recursos sociosanitarios.⁴

Diferentes estudios ponen de manifiesto que los programas con intervenciones específicas en el ámbito comunitario que garantizan una atención personalizada y continuada, en la que se involucra a los pacientes y a su entorno familiar, consiguen reducir el número de ingresos hospitalarios y la media de tiempo de las estancias.¹²⁻¹⁵ En estos casos es importante evitar las hospitalizaciones inadecuadas y los desplazamientos innecesarios a consultas de seguimiento o a servicios de urgencias, salvo en las situaciones de descompensación grave, especialmente de los pacientes en la situación de final de su vida. Si se requiere ingresar en un centro hospitalario, tiene una importancia vital asegurar una buena coordinación que garantice la continuidad de los cuidados a lo largo de todo el proceso, dado el riesgo de sufrir complicaciones, caídas, úlceras y pérdida de la capacidad funcional. El rol principal de la enfermera gestora de casos es precisamente asegurar una coordinación eficaz entre todos los niveles asistenciales con la máxima seguridad y una calidad asistencial óptima.

En los últimos años, en las Islas Baleares ha disminuido de manera alarmante el porcentaje de población mayor de 65 años incluida en el Programa de atención domiciliaria. En enero de 2015 estaban incluidos el 4,7 % de los mayores de 65 años, a pesar de que en la bibliografía consultada se recomienda incluir entre el 6 % y el 15 % de este grupo de población (6-9 %, ¹⁶ 10 %, ¹⁷ 15 %¹⁸). Del total de pacientes incluidos en el Programa de atención domiciliaria solamente se había medido el índice de Barthel al 13,22 % y recibía un mínimo de cuatro visitas al año, y tan solo se disponía de registro de detección del riesgo de úlceras por presión en el 30,7 %.

El nuevo proyecto de atención domiciliaria tiene como objetivo prioritario aumentar la cobertura y ofertar una atención eficiente y de calidad a las personas en situación de complejidad, fragilidad y dependencia. Para ello propone una atención planificada y proactiva desde los equipos de atención primaria, en lugar de hacerlo de manera reactiva y episódica. Y como pieza fundamental para mejorar la atención domiciliaria plantea la figura de la enfermera gestora de casos, con el objetivo de asegurar la continuidad de los cuidados, la coordinación eficaz entre los ámbitos asistenciales, resultados mejores en materia de salud, más satisfacción de los usuarios, de los cuidadores y de los profesionales, y una cobertura más amplia de la atención domiciliaria de la población diana. Esta atención no solo ofrece más calidad sino que, tal como hemos visto, resulta mucho más eficiente.

2.3. Creación de unidades de pacientes crónicos complejos en los hospitales de agudos

La creación de unidades de pacientes crónicos complejos en los hospitales de agudos es una propuesta de diseñar un circuito diferenciado desde los servicios de urgencias o desde los hospitales de día (consulta de crónicos de alta resolución) para evitar las complicaciones y el deterioro funcional y cognitivo de estos pacientes cuando siguen el mismo circuito que un paciente agudo.

Cuando ingresan en un hospital de agudos, los pacientes crónicos complejos a menudo presentan problemas añadidos al motivo que ocasiona el ingreso. Entre estos problemas suelen destacar las caídas, el deterioro cognitivo, los déficits auditivo y visual, la polifarmacia, el insomnio, la sintomatología depresiva, la malnutrición, las úlceras cutáneas y la dependencia para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. Durante el proceso hospitalario también son más susceptibles a sufrir complicaciones que otro tipo de pacientes.

De todos estos problemas, el deterioro funcional es el que tiene una repercusión más importante en la vida posterior del paciente, ya que incrementa su necesidad de cuidados después del alta del centro hospitalario. Este deterioro aparece en el 25-55 % de los casos y afecta a su nivel de autonomía, sobre todo a la capacidad de deambulación, al control de los esfínteres y a la higiene personal. En algunos casos las complicaciones derivadas de la hospitalización exigen una atención a domicilio que antes no era necesaria, lo que puede conllevar la claudicación familiar o derivar en la institucionalización del paciente. Así pues, es evidente que si requiere ingresar en un hospital de agudos, este tipo de paciente se beneficiaría de una ruta asistencial y de un abordaje diferentes para evitar el empeoramiento funcional y cognitivo y conseguir un grado más alto de recuperación.¹⁹

En el artículo de Barisonzo y col.²⁰ se asegura que la actitud médica y la organización del hospital son las razones más frecuentes de las estancias inadecuadas. La monitorización de la duración de la estancia hospitalaria, combinada con protocolos diagnósticos, de tratamiento y de planificación del alta, probablemente mejoraría la eficiencia en esta área médica.

Siguiendo la recomendación de la Estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud, proponemos crear unidades específicas para pacientes crónicos complejos o pluripatológicos, liderados por equipos multiprofesionales compuestos al menos por médicos internistas o geriatras, enfermeras expertas en cronicidad y geriatría, enfermera gestora de casos de hospital de agudos y trabajador social. Para estos pacientes es necesario hacer una valoración integral y disponer de un plan de cuidados integrado y, si es posible, un plan anticipado de decisiones. La enfermera gestora de casos hospitalaria y el trabajador social deben planificar conjuntamente el alta a partir del ingreso en la unidad juntamente con la enfermera gestora de casos de la atención primaria, que ha de estar permanentemente en contacto con el médico y el enfermero de familia del paciente para garantizar el soporte domiciliario adecuado en el momento del alta. Es importante identificar y priorizar a los pacientes con más riesgo de reingresar o de sufrir una descompensación.

2.4. Creación de unidades de pacientes crónicos avanzados en los hospitales de estancia media o en unidades polivalentes

Promovemos la creación de unidades de pacientes crónicos avanzados en los hospitales de media estancia, para que las personas que padezcan una enfermedad en una fase avanzada reciban atención sanitaria hospitalaria adecuada a su situación de salud por medio de una estrecha coordinación entre el hospital de estancia media y la atención primaria.

Los pacientes crónicos avanzados son los que cumplen criterios de pacientes crónicos complejos y presentan un NECPAL CCOMS-ICO[®] positivo.²¹ Además, deben estar diagnosticados y tiene que haberse evaluado que no necesitan más exploraciones sofisticadas ni que está indicado ningún tratamiento agresivo o invasivo. Para identificarlos es necesario el consentimiento del paciente, o de su familia si el paciente no puede darlo.

Para estos pacientes definimos una ruta asistencial que permite ingresarlos directamente desde su domicilio en caso de descompensación o complicación. Estos pacientes, que suponen el 1-1,5 % de la población, se caracterizan porque tienen una expectativa de vida corta y necesidad de cuidados paliativos.^{22,23}

El artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, define la *prestación sociosanitaria* como la atención que “comprende el conjunto de cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de una actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social”. Y añade que en cualquier caso debe comprender los cuidados sanitarios de larga duración, la atención sanitaria a la convalecencia y la rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperable.²⁴

El objetivo principal de estas unidades es rehabilitador, de promoción de la autonomía y de reinserción en la comunidad después de un proceso agudo o de una complicación de la enfermedad crónica. Los pacientes ingresados en estas unidades requieren un abordaje desde una perspectiva multidisciplinaria y una valoración integral de sus necesidades a causa de la complejidad que presentan.

Las unidades de estancia media —también llamadas “de convalecencia y rehabilitación”— constituyen una pieza clave en la eficacia de la asistencia geriátrica, ya que priorizan la recuperación funcional de los ancianos con incapacidad o deterioro inicialmente reversible; pero también administran cuidados dirigidos a 1) la adaptación de los pacientes a la incapacidad, 2) la implicación y el aprendizaje de los familiares en el cuidado de los ancianos incapacitados, 3) el cuidado y la cicatrización de úlceras y heridas, 4) la planificación de la ubicación definitiva después del alta hospitalaria, 5) la evaluación de los síndromes geriátricos e incluso 6) la estabilización clínica de enfermedades en la fase subaguda.²⁵

Estas unidades pueden ubicarse en hospitales de estancia media o en unidades polivalentes dentro de un hospital de agudos, especialmente en los casos de los hospitales comarcales o de las entidades concertadas. Actualmente, en Mallorca disponemos del Hospital General, del Hospital Joan March y del Hospital Verge de la Salut, destinados

monográficamente a este tipo de atención, y también hay conciertos con el Hospital Sant Joan de Déu y con la Residència Assistida de Felanitx (en Mallorca), con el Centre Sociosanitari Santa Rita (en Menorca) y con el Hospital Residencia Asistida Cas Serres (en Ibiza).

La creación de unidades geriátricas de estancia media hospitalarias tiene un volumen suficiente de evidencia científica (grado de recomendación A) que acredita su eficacia, efectividad y eficiencia comparadas con los cuidados hospitalarios convencionales, lo cual reduce el desarrollo de la incapacidad y de sus consecuencias por medio de la recuperación funcional en las fases subagudas de la enfermedad.²⁵

Todos los profesionales que atienden a estos pacientes deben tener formación sobre cuidados paliativos y tienen que hacer un abordaje integral que les garantice el nivel más alto de confort y de calidad de vida que sea posible. Para los pacientes crónicos avanzados se define una ruta específica en caso de descompensación o exacerbación de la enfermedad, o de imposibilidad de poder prestarles los cuidados necesarios con seguridad. En esta ruta se accede directamente a la unidad de crónicos avanzados de un hospital de estancia media por medio de la derivación desde el domicilio del paciente a cargo del médico de familia, de la enfermera comunitaria o de la enfermera gestora de casos. Proponemos, pues, un abordaje integral de los profesionales expertos en complejidad que se anticipa a las complicaciones habituales y previene el deterioro funcional. Esta nueva ruta asistencial para los pacientes crónicos avanzados debe ser coordinada por la enfermera gestora de casos de la atención primaria y por la enfermera gestora de casos de hospital de estancia media. Así se consigue una atención más satisfactoria y mucho más eficiente.

Además, proponemos el índice de Barthel como instrumento de evaluación eficaz en estas unidades y consideramos adecuado lograr una mejora de la situación funcional del paciente crónico avanzado, teniendo en cuenta que tanto la ganancia funcional como la estancia hospitalaria y la eficiencia pueden estar condicionadas por la complejidad de las características de estos pacientes.²⁶

Teniendo en cuenta que estamos en un contexto de pacientes paliativos, dentro del grupo de pacientes crónicos avanzados destacamos un subgrupo de pacientes que presentan una complejidad alta y requieren recursos específicos o avanzados en cuidados paliativos, tanto a domicilio como en la atención hospitalaria. Estos recursos específicos están constituidos por profesionales de unidades de cuidados paliativos (UCP) circunscritos al ámbito sociosanitario y por los equipos de soporte de atención domiciliaria (ESAD) en la atención primaria. Una vez valorada la complejidad con el instrumento diagnóstico de complejidad en cuidados paliativos (IDC-Pal),²⁷ estos equipos dan respuesta a la alta complejidad de estos pacientes con formación avanzada en cuidados paliativos.

2.5. Coordinación eficaz de la enfermera gestora de casos

En el proceso de salud y enfermedad de los pacientes más complejos es crucial una coordinación eficaz que asegure la continuidad de los cuidados y la activación de los recursos necesarios para cada caso. El Servicio de Salud pone en marcha el **Programa de enfermera gestora de casos** en todos los ámbitos sanitarios para asegurar la coordinación y la continuidad asistencial.

La coordinación es la pieza elemental que permitirá aumentar la disponibilidad de los recursos, la continuidad de los cuidados, la calidad asistencial y la ubicación de los usuarios en el centro de la organización.^{18, 28, 29}

Muchos pacientes con este perfil requieren, además, la intervención de los servicios sociales, por lo que también es necesaria una coordinación fluida y eficaz entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.^{28, 29} Esta figura de coordinación se desarrolla en los diferentes ámbitos del Servicio de Salud (atención primaria, atención hospitalaria de agudos y atención hospitalaria de estancia media) y adopta el concepto de *gestión de casos* propuesto por la Case Management Society of America como el “proceso de colaboración en el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y los servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles para promover resultados de calidad y efectivos”.³⁰

3. La enfermera gestora de casos, garantía de coordinación y de continuidad asistencial

Este proyecto propone el desarrollo de competencias avanzadas de enfermería, dirigidas al abordaje integral de las personas con alguna enfermedad crónica compleja o avanzada y a la atención de las personas en situación de fragilidad y dependencia que requieren una coordinación eficaz que responda de manera eficiente a sus necesidades de salud y sociales. La misión de la enfermera gestora de casos es asegurar una atención integral y de calidad coordinando a todos los agentes implicados en el proceso de salud y enfermedad del paciente y del cuidador para asegurar la continuidad asistencial, con un modelo de práctica avanzada colaborativo, integral y multiprofesional que promueve que el paciente esté el mayor tiempo posible en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida.

La figura de la enfermera gestora de casos ha sido analizada en diferentes estudios recientes, que han demostrado que sus intervenciones consiguen reducir la media de tiempo de las estancias hospitalarias y el número de reingresos, lo cual supone un ahorro para el sistema sanitario y la mejora de la calidad de vida de los pacientes.³¹ Se trata de facilitarles la transición a su casa de forma planificada y de permitirles retomar lo más cómodamente posible su actividad cotidiana, a la vez que se evita la fragmentación en la atención y se genera un valor añadido en el Servicio de Salud.^{28, 29}

Se ha demostrado que, a diferencia del modelo tradicional, la intervención de la enfermera gestora de casos favorece la accesibilidad a los servicios sanitarios y a los recursos disponibles, lo cual logra un impacto positivo en la capacidad funcional de los pacientes y en la sobrecarga del cuidador, que expresan mayor satisfacción.^{32, 33} En la sociedad de la comunicación, de la tecnificación y del acceso fácil y rápido a la información es importante que pacientes y cuidadores participen en el cuidado y en la toma de decisiones del proceso de salud y enfermedad; por ello es imprescindible la escucha activa, para conocer las necesidades percibidas como no cubiertas por los pacientes crónicos, pues están asociadas directamente con reingresos hospitalarios y es frecuente la falta de adecuación y de adaptación de las intervenciones a las necesidades específicas de los pacientes crónicos en muchos programas de gestión de las enfermedades.³⁴

Al margen del modelo de atención escogido, todos los países con un sistema consolidado de atención domiciliaria coinciden en las tendencias siguientes:¹⁸

- Aumento del nivel de coordinación, colaboración e integración entre los servicios de atención domiciliaria y de ayuda a domicilio y los diferentes niveles asistenciales del sistema sanitario.²⁹
- Las enfermeras son el principal proveedor y gestor de servicios en todos los países, en colaboración directa con médicos y trabajadores sociales.³⁵
- Incremento de la participación de otros profesionales, como terapeutas ocupacionales, podólogos y enfermeras especialistas en salud mental y en pediatría.
- Desarrollo de programas de atención para cuidadores principales de las redes informales: formación y asesoramiento para el cuidado, gestión de los problemas de afrontamiento, fomento de asociaciones de ayuda mutua y servicios de respiro.³⁶

4. Objetivos del Programa de enfermera gestora de casos

Objetivo principal

Garantizar el cumplimiento del plan de cuidados integral dirigido al paciente, a su familia y a su cuidador por medio de la coordinación entre los diferentes profesionales de todos los ámbitos asistenciales y la gestión del caso, a fin de asegurar la continuidad asistencial con la práctica avanzada de los cuidados.^{29, 37-45}

Objetivos específicos

- Identificar a los pacientes que estén en una situación de complejidad y dependencia alta.
- Prevenir su deterioro funcional y cognitivo o mejorarlo optimizando la atención domiciliaria y coordinando un plan terapéutico integrado.
- Proporcionar una atención integral y continuada a los pacientes incluidos en el Programa.
- Facilitar las ayudas técnicas y los recursos necesarios por medio de los circuitos establecidos.
- Garantizar la continuidad asistencial coordinando todas las intervenciones que el paciente requiere durante el proceso asistencial.
- Fomentar la autonomía y el autocuidado del paciente, de su familia y del cuidador por medio de formación y motivación para adquirir las habilidades y los conocimientos necesarios para lograr una gestión adecuada de la salud.
- Reducir el número de ingresos y de visitas a los servicios de urgencias de los pacientes que estén incluidos en el Programa potenciando la atención integral de calidad en la atención primaria, especialmente a domicilio.
- Asegurar la ruta asistencial establecida para los pacientes crónicos complejos.
- Asegurar la ruta asistencial establecida para los pacientes crónicos avanzados.
- Establecer una coordinación eficaz con los dispositivos sociales para solucionar la problemática social, especialmente en los pacientes con gran dependencia.
- Impartir formación continuada a los profesionales de los equipos sobre el abordaje a los pacientes crónicos complejos o avanzados y sobre los procesos asistenciales, las rutas asistenciales y los recursos disponibles.
- Colaborar en la organización y la impartición de talleres dirigidos a cuidadores y a cuidadores activos.
- Evaluar la satisfacción en la atención del grupo de pacientes complejos y de los cuidadores haciendo encuestas de satisfacción (véase el anexo 1).

5. Población diana

Este Programa está orientado a las personas que, a causa de su estado de salud, requieren una atención específica de coordinación, valoración y seguimiento, así como a sus cuidadores.

Las personas (niños y adultos) susceptibles de ser atendidas por la enfermera gestora de casos son las que se encuentran en alguna de estas situaciones:

- Personas incluidas en el Programa de paciente crónico complejo (véase el anexo 2).
- Personas incluidas en el Programa de paciente crónico avanzado (véase el anexo 2).
- Personas en situación de dependencia con un índice de Barthel igual o inferior a 60 y/o una puntuación igual o superior a 5 en el test de Pfeiffer.
- Pacientes en riesgo de exclusión social o con poca capacidad de autocuidado.
- Personas que viven solas o con cuidadores con capacidad limitada de soporte (cuidadores mayores de 75 años o con un resultado igual o inferior a 5 en el test de Lawton & Brody en el caso de las mujeres o igual o inferior a 3 en el caso de los hombres).
- Pacientes con alguna enfermedad o un proceso de prevalencia baja que necesitan un abordaje específico y diferenciado (esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, distrofias musculares, lesiones medulares...).
- Personas con alguna enfermedad crónica que estén incluidas en el Programa de atención domiciliaria y cumplan (ellas o su cuidador) alguno de estos criterios:
 - Cansancio en el rol de cuidador o riesgo de padecerlo.
 - Tres visitas o más a los servicios de urgencias durante el último año.
 - Úlceras por presión o crónicas con mala evolución.
 - Dolor crónico.
- Hay que incluir en el Programa todos los cuidadores de los pacientes incluidos en el Programa.
- Hay que excluir del Programa a las personas que manifiesten voluntariamente que no quieren ser incluidas.

6. Competencias de la enfermera gestora de casos

La amenaza que la cronicidad supone para la sostenibilidad del sistema se ha convertido en una oportunidad para las enfermeras, que pueden desarrollar nuevos roles de práctica avanzada para llevar a cabo la gestión de casos y el seguimiento y el control de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados, y también para el sistema sanitario, que puede beneficiarse de la eficiencia de este modelo de atención.⁴⁶

El modelo Guided Care, creado en la Universidad Johns Hopkins —contextualizado en la atención primaria y centrado en los pacientes crónicos complejos—, cuenta con una enfermera gestora de casos con competencias avanzadas que trabaja estrechamente con los pacientes, con los médicos y con otros proveedores para facilitar una atención coordinada y centrada en la persona. Esta enfermera está ubicada en la atención primaria y gestiona y atiende una cartera aproximada de 50-60 pacientes de complejidad alta.³³ Las evaluaciones de este modelo han mostrado que los pacientes otorgan una puntuación a la calidad de la atención recibida significativamente más alta que los que reciben atención convencional, al igual que los cuidadores. Además, los costes medios de estos pacientes resultaron un 25 % inferiores a los seis meses de seguimiento.

Morales-Asencio³⁴ asegura que existen diversos factores que a lo largo del tiempo se ha considerado que son determinantes para el éxito de la gestión de casos: 1) definición clara de la responsabilidad del gestor de casos sobre los pacientes que va a gestionar; 2) claridad en los roles; 3) soporte para garantizar que disponen de las competencias adecuadas; 4) mecanismos fiables y válidos para detectar los casos; 5) ratios de asignación adecuadas que aseguren que los pacientes y los cuidadores reciben atención óptima; 6) sistemas de registro accesibles y compartidos con los otros miembros del equipo asistencial; 7) integración máxima de los servicios de salud y de los servicios sociales; 8) implicación de los interesados durante los procesos de implementación de la gestión de casos y, por supuesto, 9) énfasis absoluto de la organización en garantizar la continuidad y la educación para el autocuidado.

El proyecto propone el desarrollo de competencias avanzadas de enfermería dirigidas al abordaje integral de los pacientes crónicos y relacionadas directamente con la actitud, las habilidades y los conocimientos del profesional.^{12, 47}

Actitud

- Inquietud por la innovación y la investigación.
- Capacidad de cuestionamiento y actitud crítica con las rutinas del sistema.
- Orientación de la práctica a obtener resultados en materia de salud, trabajando constantemente para lograr la calidad y alcanzar la excelencia.
- Motivación hacia la mejora continua.
- Respeto al principio de autonomía del paciente.
- Visión integral de la persona y orientación a la atención centrada en paciente y familia.
- Respeto a los valores, a las costumbres y a las creencias del paciente y de su familia.
- Colaboración con los otros miembros del equipo de atención.
- Compromiso con el paciente y con su familia.

Habilidades

- Comunicación, tanto escrita como verbal, ya que es la herramienta básica de trabajo en la relación diaria con el paciente, con su familia y con los diversos profesionales de los distintos niveles asistenciales.
- Desarrollo de relaciones interpersonales constructivas.
- Trabajo en equipo, sobre todo coordinación y organización con el equipo interdisciplinario.
- Negociación y resolución de conflictos creando un clima de interés mutuo y efectivo con todas las partes implicadas.
- Adaptación a situaciones nuevas que puedan surgir durante todo el proceso asistencial.
- Uso habitual de la evaluación y del análisis crítico.
- Gestión de riesgos.
- Planificación y organización efectiva de los recursos.
- Manejo de tecnologías de la información y de la comunicación.
- Búsqueda bibliográfica y lectura crítica de la bibliografía científica.
- Nivel alto de pericia profesional.
- Capacidad para establecer una relación de ayuda y acompañamiento eficaz del paciente y del cuidador.

Conocimientos

- Metodología enfermera y taxonomía NANDA, NIC y NOC.
- Valoración geriátrica integral y otros instrumentos de valoración específicos.
- Recursos de financiación y dispositivos de ayuda en materia sociosanitaria, tanto dentro como fuera del sistema de salud.
- Resultados de salud esperado: clínicos, calidad de vida, económicos y de satisfacción.
- Estándares de calidad asistencial.
- Ofimática básica.
- Conocimiento de los diversos sistemas de información de salud disponibles (RELE, HCIS, HSAL, e-SIAP, Cerner, SISGES).
- Seguridad asistencial.
- Conocimiento de la red social y de los dispositivos disponibles en las Islas Baleares y de cómo funcionan.
- Gestión de recursos para rentabilizar y optimizar los disponibles actualmente en las Islas Baleares.
- Técnicas de elaboración, coordinación e impartición de talleres de educación para la salud.
- Metodología de promoción y educación para la salud.
- Metodología de investigación y de transferencia a la práctica.
- Principios de bioética.

7. Inclusión en el Programa, intervenciones y circuitos de atención en los diferentes ámbitos asistenciales

La entrada del paciente en el Programa de enfermera gestora de casos se efectúa a propuesta de los profesionales referentes de los diferentes ámbitos asistenciales o de la propia enfermera gestora de casos después de verificar que el paciente cumple los criterios de inclusión definidos en el proyecto.

Una vez incluido en el Programa, el paciente debe ser atendido por los diferentes profesionales por medio de los circuitos establecidos según sus necesidades. Siempre hay que procurar trabajar en equipo y tomar las decisiones de forma consensuada y teniendo en cuenta el plan anticipado de decisiones del paciente, a su familia y al cuidador. La planificación anticipada de decisiones es un proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su atención, acerca de los valores, los deseos y las preferencias que quiere que se tengan en cuenta en cuanto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida.⁴⁸ Aunque todavía no se ha empezado a trabajar en este aspecto, el Servicio de Salud considera prioritario desarrollarlo en un futuro próximo.

Los pacientes crónicos complejos y los pacientes crónicos avanzados deben ser incluidos directamente en el Programa de enfermera gestora de casos a propuesta de un médico, una enfermera, un trabajador social u otro profesional referente para el paciente y para el cuidador.

A continuación definimos específicamente las vías de inclusión en el Programa de enfermera gestora de casos, las intervenciones propuestas y los circuitos de atención para cada ámbito asistencial. Incluimos un diagrama de flujo conjunto del proceso de atención de la enfermera gestora de casos en los diferentes ámbitos, así como los procesos de atención en caso de descompensación del paciente crónico complejo o del paciente crónico avanzado.

7.1. Enfermera gestora de casos comunitaria

7.1.1. Inclusión en el Programa

- Quién puede solicitar la inclusión de un paciente en el Programa:
 - Equipo de atención primaria (médico, enfermera, trabajador social) y equipo de las unidades de soporte (ESAD y unidades de salud mental).
 - Servicios de urgencias (SUAP, PAC y O61).
 - Enfermera gestora de casos hospitalaria y enfermera gestora de casos de hospital de estancia media.
 - Servicios sociales: trabajadores sociales municipales, trabajadores familiares...
 - Asociaciones de personas afectadas por enfermedades crónicas o discapacitantes.
 - Farmacéuticos de atención primaria.
 - Paciente o familia.

- Captación proactiva de la enfermera gestora de casos comunitaria por medio de la identificación en los sistemas de información sanitaria por estratificación y por medio del registro de la historia clínica y del registro de los pacientes en el Programa de atención domiciliaria valorando si el paciente cumple los criterios definidos en el apartado “Población diana”.

7.1.2. Intervención de la enfermera gestora de casos comunitaria

La enfermera gestora de casos comunitaria debe tener como referencia para la práctica clínica los procesos asistenciales y los programas implementados en el marco de la atención primaria, especialmente los programas de atención domiciliaria, de paciente crónico complejo, de paciente crónico avanzado y de polimedicación, las guías de práctica clínica para el abordaje de la cronicidad y el *Documento de consenso sobre prevención de fragilidad y caídas en la persona mayor*, del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, entre otros. Las intervenciones específicas que desarrolla la enfermera gestora de casos son las que describimos a continuación.

✧ Coordinar el plan de cuidados ajustado a las necesidades del paciente y del cuidador

- Acordar con la enfermera referente quién se encargará de la atención a domicilio en el inicio del plan terapéutico: valoración y plan de cuidados de los pacientes crónicos complejos y de los pacientes crónicos avanzados con mayor complejidad, priorizando las intervenciones.
- Hacer la valoración integral del paciente y del cuidador principal identificando las necesidades, acordando con cada cual el plan de cuidados y consensuándolo con los profesionales referentes (enfermera, trabajador social y médico de familia) y otros profesionales que intervengan en el proceso.
- Elaborar el plan de actuación terapéutico de cada paciente conjuntamente con los profesionales de referencia.
- Dar apoyo a la enfermera referente para desarrollar el plan de cuidados elaborado conjuntamente:
 - Ayudar a las personas con alguna discapacidad o en riesgo de incapacitación, a sus familiares y a sus cuidadores a identificar los problemas y a tomar decisiones.
 - Valorar y gestionar los conocimientos, las habilidades y las actitudes del paciente, de su familia y del cuidador en el proceso de la enfermedad.
 - Potenciar el empoderamiento para que el paciente y el cuidador desarrollen la capacidad para llevar a cabo los cuidados.
 - Ayudar a establecer prioridades con la familia y a redistribuir las tareas familiares. Pactar un acuerdo mutuo de ayuda (enfermera/familiares) para diseñar y seguir el plan de cuidados.
 - Identificar con el paciente, con su familia y con el cuidador los recursos de soporte de que disponen.

- Reevaluar el caso a demanda de los profesionales de referencia del paciente y siempre que haya cambios importantes en su situación clínica y/o en la del cuidador.
 - Reevaluar anualmente al paciente incluido en el Programa de enfermera gestora de casos comunitaria, valorando su complejidad, morbilidad y fragilidad.
 - Reevaluar anualmente al cuidador valorando su estado de salud y su capacidad de afrontar los cuidados.
- ✧ **Activar un plan de mejora para el cuidador**
- Colaborar y/o participar con el equipo de atención primaria en el desarrollo de talleres de educación para la salud para cuidadores según el convenio de colaboración entre la Fundació d'Atenció i Suport a la Dependència i d'Autonomia Personal de les Illes Balears, el Servicio de Salud y el Instituto Mallorquín de Asuntos Sociales para implementar actuaciones formativas, de información y de soporte a cuidadores no profesionales con la finalidad de mantener o mejorar su calidad de vida, con una periodicidad mínima semestral.
 - Fomentar redes de soporte formales y informales para cuidadores.
- ✧ **Gestionar el uso del material de soporte técnico para el autocuidado**
- Valorar y gestionar las necesidades de material de soporte que el paciente y su cuidador puedan necesitar en casa (grúa, cama articulada, colchón antiescaras, silla de ruedas, etc.), conjuntamente con el equipo de atención primaria y los trabajadores sociales de referencia.
 - En los casos de pacientes ingresados en hospitales de agudos o de estancia media, antes del alta valorar y gestionar conjuntamente con el equipo referente las necesidades de material de soporte que el paciente y el cuidador puedan necesitar en casa.
- ✧ **Coordinar los diferentes profesionales y ámbitos asistenciales**
- Gestionar con la enfermera gestora de casos hospitalaria y la enfermera gestora de casos de hospital de estancia media los casos complejos, tanto de hospitales de agudos como de estancia media, a petición de la enfermera gestora de casos comunitaria y/o de los profesionales referentes de las unidades de hospitalización.
 - Participar en la coordinación de los diferentes servicios de atención y de los diferentes profesionales.
 - Coordinar, revisar y consensuar con la enfermera referente del paciente el plan de cuidados y las gestiones llevadas a cabo con este y/o con el cuidador.
 - Participar en la gestión de citas en los ámbitos sanitario y social.

- ✧ Colaborar en la mejora de la coordinación del equipo de atención primaria con la red social
 - Trabajar de forma coordinada con el trabajador social haciendo la valoración conjuntamente a demanda de este y en los casos de pacientes o cuidadores que lo requieran.
 - Llevar a cabo actuaciones concretas en las redes informales, como colaborar con asociaciones de pacientes y con ONG para promover redes de acompañamiento y voluntariado.
 - Identificar a las personas clave que puedan ayudar a desarrollar actuaciones de soporte a los cuidadores.
 - Contribuir a establecer relaciones entre los profesionales de los sectores sanitario y social y otras redes de soporte.

- ✧ Contribuir a la formación continuada de los profesionales de la atención primaria en materia de prevención y atención de los pacientes frágiles y de los cuidadores y de atención domiciliaria
 - Participar como docente en actividades de formación continuada dirigidas especialmente a los profesionales de la atención primaria.
 - Impartir sesiones específicas sobre la atención domiciliaria y el seguimiento de casos con las enfermeras de familia.

- ✧ Evaluación continuada
 - Poner en común periódicamente la gestión de casos y la metodología de trabajo utilizada entre las enfermeras gestoras de casos con la finalidad de lograr la equidad en la atención y unos cuidados estandarizados.
 - Establecer reuniones periódicas sistematizadas con otros profesionales de continuidad para facilitar la evaluación y la mejora del proceso.

7.1.4. Circuito de entrada en el Programa a demanda y de atención de la enfermera gestora de casos comunitaria

<p>EAP / EGCC / ESAD</p>	<p>Información complementaria</p> <p>La demanda de la valoración del paciente para entrar en el Programa de enfermera gestora de casos comunitaria puede surgir del EAP, de las unidades de soporte (ESAD, USM), de los profesionales de los servicios de urgencias (SUAP y O61), de la EGCH, de la EGCHEM, de los FAP, de los servicios sociales, de las asociaciones de enfermos y a demanda del propio paciente y/o de su familia.</p> <p>1</p> <p>2 Actualizado anualmente.</p> <hr/> <p>NOTA: mantener la comunicación eficaz con todos los profesionales implicados, así como la continuidad de la información entre los niveles de atención asistencial.</p> <p>Fuente propia.</p> <p>Abreviaturas: EAP: equipo de atención primaria EC: enfermera comunitaria EGCC: enfermera gestora de casos comunitaria EGCH: enfermera gestora de casos hospitalaria EGCHEM: enfermera gestora de casos de hospital de estancia media ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria FAP: farmacéuticos de atención primaria HEM: hospital de estancia media MF: médico de familia PC: plan de cuidados PCA: paciente crónico avanzado PCC: paciente crónico complejo PEGC: proceso de enfermera gestora de casos SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria TS: trabajador social USM: unidad de salud mental VI: valoración integral</p>
--------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.2. Enfermera gestora de casos hospitalaria

7.2.1. Inclusión en el Programa

- Quién puede solicitar la inclusión de un paciente en el Programa:
 - Equipo referente hospitalario (médico, enfermera, trabajador social).
 - Equipo de atención primaria (médico, enfermera, trabajador social).
 - Servicios de urgencias extrahospitalarias (061).
 - Enfermera gestora de casos comunitaria (enfermera gestora de casos comunitaria) y enfermera gestora de casos de hospital de estancia media (enfermera gestora de casos de hospital de estancia media).
- Captación proactiva por parte de la enfermera gestora de casos hospitalaria de personas susceptibles de entrar en el Programa. La enfermera gestora de casos hospitalaria, por medio de las listas de pacientes ingresados en unidades diana, debe identificar a los pacientes que cumplan los criterios descritos en el apartado “Población diana” (este es un aspecto que puede adaptarse a las situaciones específicas de cada hospital). Ha de revisar la historia clínica de todos los ámbitos posibles (hospitalaria, atención primaria y hospital de estancia media) y valorar la pertinencia de la inclusión con el fin de asegurar que se cumplen los objetivos del Programa. Ha de contactar con los profesionales de referencia del paciente y pactar el seguimiento y las intervenciones que deban llevarse a cabo.

7.2.2. Intervención de la enfermera gestora de casos hospitalaria

Además de coordinar el plan asistencial durante la estancia hospitalaria de los pacientes con el equipo multidisciplinario, la enfermera gestora de casos hospitalaria debe asegurar su valoración integral y ha de planificar conjuntamente con la enfermera del centro asistencial correspondiente el momento del alta y la continuidad de los cuidados desde el momento del ingreso, y contactar con la enfermera de atención primaria en los casos necesarios. El objetivo es favorecer una transición adecuada de los pacientes de riesgo a su domicilio o a otro recurso asistencial en los casos en que —a causa de la complejidad de la patología o por el hecho de tratarse de ancianos frágiles, de pacientes pluripatológicos, etc.— sea necesaria la continuidad de los cuidados para mantener o mejorar su calidad de vida y para hacer un seguimiento terapéutico correcto cuando no necesiten otros recursos sociosanitarios.^{37, 49, 50}

La enfermera gestora de casos hospitalaria también debe dar apoyo a la enfermera responsable del paciente en el seguimiento del plan de cuidados establecido, especialmente en las intervenciones educativas dirigidas a controlar su situación de salud en el momento del alta y en la elaboración del informe de continuidad de los cuidados. A continuación describimos las intervenciones específicas que debe desarrollar la enfermera gestora de casos hospitalaria.

- ✧ **Coordinar el plan de cuidados ajustado a las necesidades del paciente y del cuidador**
 - Colaborar con los profesionales referentes para asegurar una valoración integral y/o focalizada —en su caso— al paciente y al cuidador, acordando con ellos el plan de cuidados y ajustándolo a sus necesidades.⁵¹
 - Proporcionar al paciente y/o a su cuidador la información y el asesoramiento pertinentes para adquirir habilidades y conocimientos necesarios y tomar las decisiones oportunas para afrontar la situación de salud en que se encuentra.⁵²
- ✧ **Coordinar las intervenciones derivadas de los problemas de colaboración**
 - Activar de forma consensuada con el equipo las alarmas corporativas de identificación del paciente en programas de atención específicos.
 - Detectar posibles complicaciones.
 - Favorecer la adherencia al tratamiento.
- ✧ **Activar un plan de mejora para el cuidador durante el ingreso del paciente**
 - Favorecer el descanso del cuidador.
 - Incluir al cuidador en la elaboración del plan de cuidados y iniciar un proceso educativo con la finalidad de prepararlo para afrontar la situación una vez que el paciente regrese a su casa.
 - Ofrecer servicios para afrontar la situación en el domicilio y para el propio cuidado (cuidar al cuidador): información, talleres para cuidadores, redes de soporte, intervenciones en caso de riesgo o cansancio en el rol de cuidador...
 - Asesorar en la solicitud y el trámite de recursos.
- ✧ **Gestionar las citas**
 - Adecuar las citas del paciente a las fechas y horarios más convenientes para él y para su cuidador.
 - Ayudar al cuidador en la tramitación de visitas a especialistas o de pruebas diagnósticas que deban hacerse.
 - Adecuar en el mismo acto las citas del paciente y de su cuidador.
- ✧ **Gestionar el traslado del paciente**
 - Participar en la planificación de la transición integrándola en los cuidados diarios para garantizar la seguridad y la continuidad en el domicilio o en otro centro.
 - Asegurar que el paciente y el cuidador tienen la disposición, los conocimientos, las habilidades y el ánimo para afrontar la transición.⁵⁵
 - Hacer las gestiones necesarias para garantizar que toda la información sobre el paciente y el informe de continuidad de cuidados lleguen a la enfermera

responsable de la continuidad de los cuidados, tanto en la atención primaria como en la hospitalaria.

- Solicitar la colaboración presencial de la enfermera gestora de casos comunitaria en los casos de cuidados complejos o dificultad de afrontamiento en el domicilio.
- Agilizar el traslado con ambulancia cuando haga falta por medio del circuito específico establecido.
- Asegurarse de que el paciente sale del hospital con toda la medicación y las recetas que necesite hasta que se haga cargo el personal de la atención primaria.
- Asegurarse de que el paciente tiene una cita de continuidad asistencial con la enfermera referente en la atención primaria.
- Coordinar las citas y las pruebas complementarias en las consultas externas hospitalarias para asegurar la calidad de la continuidad.

✧ Gestionar el uso del material de soporte técnico para el autocuidado

- Valorar y gestionar antes del alta conjuntamente con el equipo referente las necesidades de material de soporte que el paciente y su cuidador puedan necesitar en el domicilio (grúa, cama articulada, colchón antiescaras, silla de ruedas, etc.).

✧ Coordinar los diferentes profesionales y ámbitos asistenciales

- Gestionar con la enfermera gestora de casos comunitaria y la enfermera gestora de casos de hospital de estancia media los casos complejos, tanto los de la atención primaria como los de los hospitales sociosanitarios, a petición de la enfermera gestora de casos hospitalaria y/o de los profesionales referentes.
- Facilitar la coordinación entre los diferentes profesionales del sistema para dar continuidad a los cuidados establecidos en el plan asistencial.
- Crear y mantener circuitos y mecanismos de coordinación con la atención primaria y con los recursos sociosanitarios disponibles en el entorno del paciente (hospitales de convalecencia y rehabilitación, centros de rehabilitación, hospitales de día, rehabilitación a domicilio, etc.).

✧ Evaluación continuada

- Poner en común periódicamente la gestión de casos y la metodología de trabajo utilizada entre las enfermeras gestoras de casos con la finalidad de lograr la equidad en la atención y unos cuidados estandarizados.
- Establecer reuniones periódicas sistematizadas con otros profesionales de continuidad para facilitar la evaluación y la mejora del proceso.

7.2.3. Circuito de entrada en el Programa por captación proactiva y de atención de la enfermera gestora de casos hospitalaria

<p>EAE / EGCH / EGCC / EGCHEM / ESAD / UCP</p>	<p>Información complementaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La EGCH debe captar proactivamente personas susceptibles de entrar en el Programa a partir de los ingresos en los servicios urgencias y de los ingresos en las unidades de hospitalización diana. 2 Revisar si se cumplen los criterios definidos en el apartado "Población diana". 3 Actualizado anualmente. 4 La EGCH debe comunicar a la atención primaria el cumplimiento de los criterios para entrar en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado y se activarán las alarmas en los sistemas de información. 5 La toma de decisiones a partir de este punto del diagrama de flujo va orientada a la planificación del alta hospitalaria. <p>NOTA: mantener la comunicación eficaz con todos los profesionales implicados, así como la continuidad de la información entre los niveles de atención asistencial.</p> <p>Fuente propia.</p> <p>Abreviaturas: EAE: equipo de atención especializada EGCC: enfermera gestora de casos comunitaria EGCH: enfermera gestora de casos hospitalaria EGCHEM: enfermera gestora de casos de hospital de estancia media ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria HEM: hospital de estancia media PC: plan de cuidados PCA: paciente crónico avanzado PCC: paciente crónico complejo UCP: unidad de cuidados paliativos VI: valoración integral</p>
------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.2.4. Circuito de entrada en el Programa a demanda y de atención de la enfermera gestora de casos hospitalaria

<p>EAE / EGCH / EGCC / EGCHEM / ESAD / UCP</p>	<p>Información complementaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La demanda de la valoración del paciente para entrar en el Programa de enfermera gestora de casos hospitalaria puede surgir del EAP, de la EGCC, de la EGCHEM y del 061. 2 Actualizado anualmente. 3 Activar alarma de EGCH si cumple criterios definidos en el apartado "Población diana". 4 La EGCH debe comunicar a la atención primaria el cumplimiento de los criterios para entrar en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado y se activarán las alarmas en los sistemas de información. 5 La toma de decisiones a partir de este punto del diagrama de flujo va orientada a la planificación del alta hospitalaria. <p>NOTA: mantener la comunicación eficaz con todos los profesionales implicados, así como la continuidad de la información entre los niveles de atención asistencial.</p> <p>Fuente propia.</p> <p>Abreviaturas: EAE: equipo de atención especializada EAP: equipo de atención primaria EGCC: enfermera gestora de casos comunitaria EGCH: enfermera gestora de casos hospitalaria EGCHEM: enfermera gestora de casos de hospital de estancia media ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria HEM: hospital de estancia media PC: plan de cuidados PCA: paciente crónico avanzado PCC: paciente crónico complejo UCP: unidad de cuidados paliativos VI: valoración integral</p>
------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.3. Enfermera gestora de casos de hospital de estancia media

7.3.1. Inclusión en el Programa

- Quién puede solicitar la inclusión de un paciente en el Programa:
 - Equipo referente del hospital de estancia media (médico, enfermera, trabajador social, etc.).
 - Enfermera gestora de casos hospitalaria y enfermera gestora de casos comunitaria.
- Captación proactiva de la enfermera gestora de casos de hospital de estancia media.

7.3.2. Intervención de la enfermera gestora de casos de hospital de estancia media

La enfermera gestora de casos de hospital de estancia media tiene las funciones siguientes:

- Desarrollar la coordinación y la gestión global de todo el plan asistencial que el paciente tenga activo durante la estancia en el hospital sociosanitario.
- Favorecer la continuidad de los cuidados desde un enfoque integral.
- Garantizar la obtención de las ayudas y de los recursos sociales más adecuados después de un periodo de hospitalización en un centro sociosanitario o en un dispositivo alternativo.
- Facilitar al paciente y a sus familiares la transición a su casa o a otro centro de forma coordinada y planificada.

A continuación describimos las intervenciones específicas que ha de desarrollar la enfermera gestora de casos de hospital de estancia media.

❖ *Coordinar el plan de cuidados ajustado a las necesidades del paciente y de su cuidador*

- Coordinar los cuidados de los pacientes con problemas de dependencia secundarios a un déficit de autocuidados, a la falta de conocimientos y/o a una gestión ineficaz del régimen terapéutico.
- Valorar, atender y formar a los cuidadores principales.
- Coordinar los cuidados de los pacientes con problemas de autonomía, con suplencia total o parcial de las actividades de la vida diaria.
- Coordinar los cuidados de los pacientes que necesiten cuidados paliativos.
- Coordinar los cuidados de los pacientes con algún tipo de deterioro cognitivo (demencia).

✧ Activar un plan de mejora para el cuidador

- Detectar a los cuidadores principales y elaborar —conjuntamente con la enfermera referente de la atención primaria y los trabajadores sociales— un plan de actuación para incrementar sus recursos.
- Integrar en el plan de cuidados al cuidador haciéndole partícipe de las intervenciones que deben llevarse a cabo.
- Favorecer la adaptación del cuidador al proceso asistencial de sus familiares (horario de información, comer en el hospital, etc.).

✧ Gestionar el traslado al domicilio o a otro centro o dispositivo

- Coordinar el traslado del paciente que ha de ingresar en un hospital de estancia media.
- Coordinar el traslado del paciente dado de alta hospitalaria a su casa o a otro hospital.

✧ Gestionar el uso del material de soporte técnico para el autocuidado

- Valorar y gestionar antes del alta conjuntamente con el trabajador social y el resto del equipo referente las necesidades de material de apoyo que el paciente y su cuidador puedan requerir en el domicilio (grúa, cama articulada, colchón antiescaras, silla de ruedas, etc.).

✧ Coordinar los diferentes profesionales y ámbitos asistenciales

- Gestionar con la enfermera gestora de casos hospitalaria y la enfermera gestora de casos comunitaria los casos complejos, tanto de los hospitales de agudos como de la atención primaria, a petición de la enfermera gestora de casos de hospital de estancia media y/o de los profesionales referentes.
- Participar en la coordinación de los diferentes servicios de atención y de los diferentes profesionales.
- Coordinar, revisar y consensuar con la enfermera referente del hospital de media estancia el plan de cuidados del paciente y las gestiones realizadas con él y/o con el cuidador.
- Aportar al trabajador social toda la información que necesite para buscar el dispositivo más adecuado en previsión del alta hospitalaria del paciente.
- Coordinar las citas de los pacientes en el Programa de hospital de día evaluador en el horario más adecuado para el paciente y sus familiares.

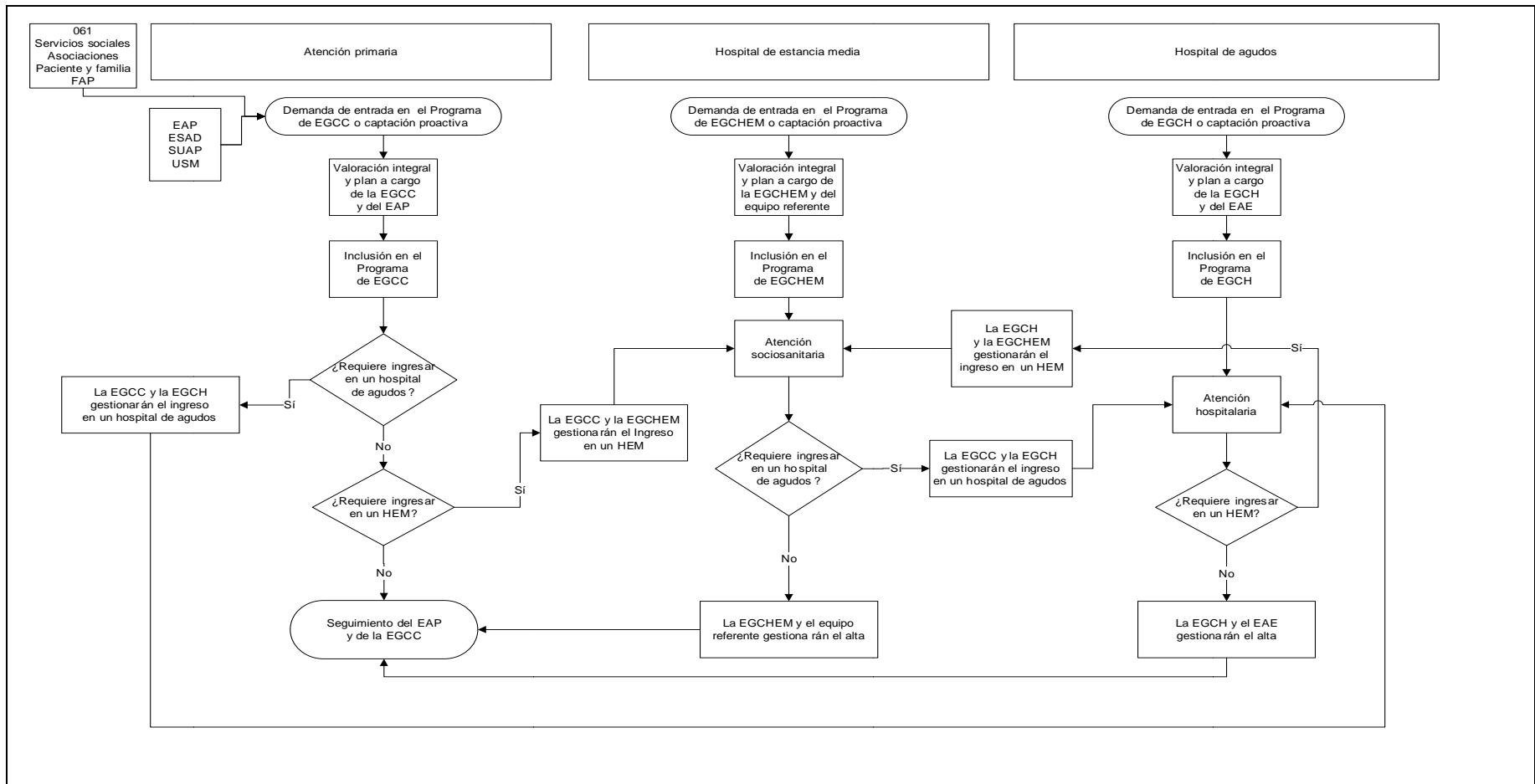
✧ Evaluación continuada

- Poner en común periódicamente la gestión de casos y la metodología de trabajo utilizada entre las enfermeras gestoras de casos con la finalidad de lograr la equidad en la atención y unos cuidados estandarizados.
- Establecer reuniones periódicas sistematizadas con otros profesionales de continuidad para facilitar la evaluación y la mejora del proceso.

7.3.3. Circuito de entrada en el Programa a demanda y atención de la enfermera gestora de casos de hospital de estancia media

EGCHEM	<p>Información complementaria</p> <ol style="list-style-type: none">1 La EGCHEM debe revisar la historia clínica de todos los pacientes que ingresen, independientemente de su procedencia (domicilio, residencia, hospital de agudos...).2 El paciente que se identifique como PCA debe seguir la ruta asistencial específica para los PCA.3 La EGCHEM debe comunicar a la atención primaria el cumplimiento de los criterios para entrar en el Programa de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado y se activarán las alarmas en los sistemas de información. <p>NOTA: mantener la comunicación eficaz con todos los profesionales implicados, así como la continuidad de la información entre los niveles de atención asistencial.</p> <p>Fuente propia.</p> <p>Abreviaturas: EGC: enfermera gestora de casos EGCHEM: enfermera gestora de casos de hospital de estancia media HEM: hospital de estancia media PCA: paciente crónico avanzado</p>
--------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.4. Proceso de atención de la enfermera gestora de casos en los diferentes ámbitos asistenciales



Fuente propia. Abreviaturas: EAE: equipo de atención especializada; EAP: equipo de atención primaria; EGCC: enfermera gestora de casos comunitaria; EGCH: enfermera gestora de casos hospitalaria; EGCHEM: enfermera gestora de casos de hospital de estancia media; ESAD: Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria; FAP: farmacéuticos de atención primaria. HEM: hospital de estancia media; SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria. USM: unidad de salud mental.

7.5. Proceso de enfermera gestora de casos en descompensación del paciente crónico complejo

<p>EAP / EGCC / 061 / EGCH / MI referente</p>	<p>Información complementaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La EGCC debe asegurar que los pacientes identificados como PCA tengan en la historia clínica hechas y actualizadas las valoraciones médica, enfermera y social, además de las escalas, los diagnósticos enfermeros (de independencia, autonomía y colaboración) y el plan de cuidados. 2 Cuando el paciente sufre una descompensación en casa, fuera del horario de 8.00 a 15.00 de lunes a viernes no festivo, la familia debe contactar con el 061. El paciente ha de tener activada la alarma. El 061 lo resolverá a domicilio, pero si no es posible lo derivará al hospital de agudos advirtiéndolo al servicio de urgencias del hospital sobre la condición del paciente como PCC, por lo que debe seguir la ruta asistencial específica. 3 La valoración domiciliaria debe hacerla el MF, la EC o la EGCC. Si el MF no acude al domicilio, puede tomar una decisión junto con la EC o la EGCC, pero si el paciente o la enfermera reclaman al MF, debe acudir al domicilio. 4 Cuando el problema no se resuelve con la visita domiciliaria, el MF puede actuar así: <ol style="list-style-type: none"> a) Contactar con el MI referente en el hospital. b) Derivar al paciente a la consulta exprés del hospital de referencia (si no existe, debe acudir al servicio de urgencias). c) Ingresar al paciente en el hospital de agudos siguiendo la ruta asistencial específica. <p>En las opciones b o c, la EGCC debe contactar con la EGCH para el traslado. Si el MF no ha sido localizado y la EC considera necesario el traslado, debe ser la EGCC quien contacte con la EGCH o el MI referente para consultar el caso y, si fuera necesario, ingresar al paciente.</p> <p>NOTA: si el paciente sufre una descompensación, hay que acudir al centro de salud. Deben seguirse los mismos pasos a partir del punto 3.</p> <p>Fuente propia.</p> <p>Abreviaturas: EAP: equipo de atención primaria; EC: enfermera comunitaria; EGCC: enfermera gestora de casos comunitaria; EGCH: enfermera gestora de casos hospitalaria; MF: médico de familia; MI: médico internista; PCC: paciente crónico complejo. SUAP: Servicio de Urgencias de Atención Primaria</p>
-----------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7.6. Proceso de enfermera gestora de casos en descompensación del paciente crónico avanzado

<p>EAP / EGCC / 061 / EGCHEM / MI referente</p>	<p>Información complementaria</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 La EGCC debe asegurar que los pacientes identificados como PCA tengan en la historia clínica hechas y actualizadas las valoraciones médica, enfermera y social, además de las escalas, los diagnósticos enfermeros (de independencia, autonomía y colaboración) y el plan de cuidados. 2 Cuando el paciente sufre una descompensación en casa, fuera del horario de 8.00 a 15.00 de lunes a viernes no festivo, la familia debe contactar con el 061. El paciente ha de tener activada la alarma. El 061 lo resolverá a domicilio, pero si no es posible lo derivará al HEM advirtiéndole sobre la condición del paciente como PCA. 3 La valoración domiciliaria debe hacerla el MF, la EC o la EGCC. Si el MF no acude al domicilio, puede tomar una decisión junto con la EC o la EGCC, pero si el paciente o la enfermera reclaman al MF, debe acudir al domicilio. Cuando el problema no se resuelva con la visita domiciliaria, el profesional que acude a domicilio (MF, EC o EGCC) puede contactar con la EGCHEM para ingresar al paciente en el HEM. 4 La EGCC o el MF deben contactar con la EGCHEM para trasladar al paciente al HEM. Si el MF no ha sido localizado o el motivo del ingreso es la claudicación del cuidador porque los cuidados que requiere el paciente son demasiado complejos, la EGCC puede ponerse en contacto con la EGCHEM para consultar el caso y, si es necesario, gestionar el ingreso, pero debe comunicarlo al EAP a la mayor brevedad posible. Es necesario escribir en el evolutivo de la historia clínica de la atención primaria que imprimirá la EGCHEM en el HEM. <p>NOTA: si el paciente sufre una descompensación, hay que acudir al centro de salud. Deben seguirse los mismos pasos a partir del punto 3.</p> <p>Fuente propia. Abreviaturas: EAP: equipo de atención primaria; EC: enfermera comunitaria; EGCC: enfermera gestora de casos comunitaria; EGCHEM: enfermera gestora de casos de hospital de estancia media; HEM: hospital de estancia media; MF: médico de familia; MI: médico internista; PCA: paciente crónico avanzado.</p>
-------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8. Evaluación

Es necesario hacer una evaluación continuada del proyecto y de los resultados obtenidos a fin de introducir las modificaciones oportunas. A continuación definimos unos indicadores para evaluar la calidad de la atención de los pacientes incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos del Servicio de Salud, que serán determinantes en cada ámbito en que las enfermeras gestoras de casos desarrollen su actividad.

Objetivo 1: identificar los pacientes en situación de complejidad y dependencia alta

1) Cobertura de atención del paciente crónico complejo en el Programa de enfermera gestora de casos

Indicador	Porcentaje de pacientes crónicos complejos incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos
Numerador	Número de pacientes crónicos complejos incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes crónicos avanzados esperado (1,5 %) y número estimado de pacientes crónicos complejos en que la enfermera gestora de casos interviene (0,5 %)
Criterio de revisión	Se considera que un paciente está en el Programa cuando están activadas las alarmas de paciente crónico complejo y de enfermera gestora de casos. El número total de pacientes con criterios de inclusión debe medirse a partir de los datos de prevalencia (1,5 % del total de la población que corresponde a pacientes crónicos avanzados y 0,5 % de pacientes crónicos complejos en los que se estima que la enfermera gestora de casos intervenga. Total: 2 %).
Estándar diana	10 % del 2 % esperado como objetivo inicial

2) Cobertura de atención del paciente crónico avanzado en el Programa de enfermera gestora de casos

Indicador	Porcentaje de pacientes crónicos avanzados incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos
Numerador	Número de pacientes crónicos avanzados incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes crónicos avanzados esperado
Criterio de revisión	Se considera que un paciente está en el Programa cuando están activadas las alarmas de paciente crónico avanzado y de enfermera gestora de casos. El número total de pacientes con criterios de inclusión debe medirse a partir de los datos de prevalencia de pacientes crónicos avanzados esperado por cupo (prevalencia de pacientes crónicos avanzados: 1,5 % del total de la población).
Estándar diana	Informativo

Objetivo 3: proporcionar una atención integral y continuada al paciente incluido en el Programa de enfermera gestora de casos y a su familia

3) Valoración de los cuidadores de pacientes en el Programa de enfermera gestora de casos

Indicador	Porcentaje de pacientes incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos con la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit hecha
Numerador	Número de pacientes incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos con la escala de sobrecarga del cuidador de Zarit hecha $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos
Criterio de revisión	Historias clínicas de los centros
Estándar diana	60 %

4) Diagnóstico de cansancio en el rol de cuidador o en situación de riesgo

Indicador	Porcentaje de pacientes incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos con un diagnóstico de cansancio en el rol de cuidador o en situación de riesgo
Numerador	Número de pacientes incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos con un diagnóstico de cansancio en el rol de cuidador o en situación de riesgo $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes incluidos en el Programa de enfermera gestora de casos
Criterio de revisión	Historias clínicas de los centros
Estándar diana	60 %

Objetivo 6: fomentar la autonomía y el autocuidado del paciente, de su familia y del cuidador por medio de la formación y la motivación para adquirir las habilidades y los conocimientos necesarios para lograr una gestión adecuada de la salud

5) Formación de las enfermeras gestoras de casos en materia de promoción y educación para la salud

Indicador	Porcentaje de enfermeras gestoras de casos formadas para dar consejo breve y/o hacer intervenciones de promoción y educación para la salud a pacientes que están en el Programa de paciente crónico complejo o avanzado
Numerador	Número de enfermeras gestoras de casos que han participado en la formación de promoción y educación para la salud $\times 100$
Denominador	Número total de enfermeras gestoras de casos
Criterio de revisión	Registro de formación propio
Estándar diana	Monitorización durante 1 año

Objetivo 7: reducir el número de ingresos y el número de visitas a urgencias de los pacientes en el Programa potenciando la atención integral de la calidad en la atención primaria, especialmente a domicilio

6) Reingresos hospitalarios anuales de pacientes crónicos complejos en hospitales de agudos

Indicador	Porcentaje de pacientes dentro del Programa de paciente crónico complejo que reingresan en un hospital de agudos en los 90 días posteriores al alta hospitalaria
Numerador	Número de altas hospitalarias por reingreso (ingreso posterior urgente relacionado clínicamente con otro ingreso previo durante un intervalo de 90 días) de pacientes crónicos complejos × 100
Denominador	Número de altas hospitalarias de pacientes crónicos complejos
Criterio de revisión	El objetivo es reducir los ingresos hospitalarios potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante 1 año. Después del pilotaje, porcentaje inferior al obtenido durante el periodo de monitorización

7) Reingresos hospitalarios anuales de pacientes crónicos avanzados en hospitales de estancia media

Indicador	Porcentaje de pacientes dentro del Programa paciente crónico avanzado que reingresan en hospitales de estancia media en los 90 días posteriores al alta hospitalaria
Numerador	Número de altas hospitalarias por reingreso (ingreso posterior urgente relacionado clínicamente con otro ingreso previo durante un intervalo de 90 días) de pacientes crónicos avanzados × 100
Denominador	Número de altas hospitalarias de pacientes crónicos avanzados
Criterio de revisión	El objetivo es reducir los ingresos hospitalarios potenciando la atención primaria
Estándar diana	Monitorización durante 1 año. Después del pilotaje, porcentaje inferior al obtenido durante el periodo de monitorización

Objetivo 8: asegurar la ruta asistencial establecida para pacientes crónicos complejos

8) Ingreso de pacientes crónicos complejos en la unidad específica de crónicos complejos de un hospital de agudos

Indicador	Porcentaje de pacientes dentro del Programa de paciente crónico complejo ingresados en la unidad de pacientes crónicos complejos de un hospital de agudos en el último año
Numerador	Número de pacientes dentro del Programa de paciente crónico complejo ingresados en la unidad de crónicos complejos de un hospital de agudos en el último año × 100
Denominador	Número total de pacientes dentro del Programa de paciente crónico complejo ingresados en un hospital de agudos
Criterio de revisión	El objetivo es conseguir el ingreso directo en unidades específicas para optimizar la calidad asistencial y no disminuir la capacidad funcional
Estándar diana	El primer año > 50 %. Después, evaluación según resultados y complejidad de la ruta

Objetivo 9: asegurar la ruta asistencial establecida para pacientes crónicos avanzados

9) Ingreso de pacientes crónicos avanzados directamente en un hospital de estancia media

Indicador	Porcentaje de pacientes dentro del Programa de paciente crónico avanzado que ingresan directamente en un hospital de estancia media
Numerador	Número de pacientes dentro del Programa de paciente crónico avanzado ingresados directamente en un hospital de estancia media $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes dentro del Programa de paciente crónico avanzado ingresados en un hospital de agudos y en un hospital de estancia media
Criterio de revisión	El objetivo es conseguir el ingreso directo desde la atención primaria (sin pasar por los servicios de urgencias) de los pacientes que están dentro del Programa de paciente crónico avanzado
Estándar diana	El primer año, evaluación del pilotaje, ya que habrá situaciones clínicas —como caídas o sospecha de necesidad de cirugía de urgencia— que condicionarán el ingreso en un hospital de agudos

Objetivo 12: colaborar en la organización y la impartición de talleres dirigidos a cuidadores y a cuidadores activos

10) Cuidadores principales de pacientes en los programas de paciente crónico complejo o de paciente crónico avanzado que reciben formación en materia de cuidados

Indicador	Porcentaje de cuidadores de pacientes dentro del Programa de paciente crónico complejo o avanzado que han participado en un taller de cuidados en el último año
Numerador	Número total de cuidadores de pacientes dentro del Programa de paciente crónico complejo o avanzado que han participado en un taller de cuidados en el último año $\times 100$
Denominador	Número total de pacientes en el Programa de paciente crónico complejo o avanzado
Criterio de revisión	Registro de formación propio
Estándar diana	Monitorización durante 1 año. Después del pilotaje, porcentaje superior al obtenido durante el periodo de monitorización

9. Bibliografía

- 1) Vidal Thomàs M, Alorda Terrasa C, Adrover Barceló R, Ripoll Amengual J, Taltavull Aparicio J, De Ormijana Hernández A. Necesidades de las cuidadoras familiares de personas con accidente cerebrovascular en el domicilio: revisión estructurada 2000–2007. *Enferm Clin.* 2009;19(2):83-9.
- 2) Miguélez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. *Enferm Clin.* 2014;24(1):5-11.
- 3) INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA. Proyecciones de población 2014-2029. Resultados por comunidades y ciudades autónomas [en línea]. <www.ine.es>
- 4) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud.* Madrid, 2012. Disponible en: <www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf>
- 5) Salvà A. Envejecimiento y dependencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología.* 2006;41:3-4. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-envejecimiento-dependencia-13096070>
- 6) ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Cuidados innovadores para las condiciones crónicas: organización y prestación de atención de alta calidad a las enfermedades crónicas no transmisibles en las Américas.* Washington, D.C. (EE. UU.), 2002. Disponible en: <www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=22257+&Itemid=270&lang=es>
- 7) CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. *Plan andaluz de atención integrada a pacientes con enfermedades crónicas.* Sevilla, 2012. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_2_p_2_planes_integrales/PIEC.pdf>
- 8) INSTITUTO DE MAYORES Y SERVICIOS SOCIALES. *Información estadística del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: situación a 31 de Mayo de 2016.* Disponible en: <www.dependencia.imserso.gob.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/estsisaad20160531.pdf>
- 9) MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. “Prevención de la dependencia en las personas mayores”. En *1ª Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España.* Madrid, 2007. Disponible en: <www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/libroResumenes.pdf>
- 10) ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020.* Disponible en: <www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf>



- 11) Carretero Alcántara L, Comes Górriz N, Borràs López A, Rodríguez Balo A, Seara Aguilar G. Integración clínica en el paciente crónico. *Enfermería Clínica*. 2014;24(1):35-43.
- 12) Anguita Sánchez M. Programas de intervención en la insuficiencia cardiaca: análisis crítico. *Revista Española de Cardiología*. 2007;7:45-56. Disponible en: <www.revespcardiol.org/es/programas-intervencion-insuficiencia-cardiaca-analisis/articulo/13110831>
- 13) Tinetti M et al. A Multifactorial Intervention to Reduce the Risk of Falling among Elderly People Living in the Community. *New England Journal of Medicine*. 1994;331(13):821-27. Disponible en: <www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM199409293311301>
- 14) Van Haastregt JCM, Diederiks JPM, van Rossum E, de Witte LP, Crebolder HFJM. Effects of preventive home visits to elderly people living in the community: systematic review. *BMJ*. 2000;320(7237):754-58. Disponible en: <www.bmj.com/content/320/7237/754>
- 15) Morcillo C et al. Evaluación de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca. Resultados de un estudio aleatorizado. *Revista Española de Cardiología*. 2005;58(6):618-25. Disponible en: <www.revespcardiol.org/es/evaluacion-una-intervencion-domiciliaria-pacientes/articulo/13076413>
- 16) ESTEBAN SOBREVIELA, José Manuel; RAMÍREZ PUERTA, Dulce. *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria*. Madrid: International Marketing & Communications; 2005. Disponible en: <www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf>
- 17) Palomo L, Gené Badia J, Rodríguez Sendín J. La reforma de la atención primaria, entre el refugio del pasado y la aventura de la innovación. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*. 2012;26:14-19. Disponible en: <dev.gacetasanitaria.elsevier.es/es/pdf/S0213911111002470/S300>
- 18) Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. *Estrategias de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía*. Sevilla, 2002. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=/contenidos/gestioncalidad/Estrat_MejoraAtDomiciliaria.pdf>
- 19) Ortega Matas M, Cabot García C, Porras Tovar F, Cantos Santamaría M, Pastor Maylin L, Fàbregas Lorenzo A. Intervención proactiva desde una unidad de geriatría en la atención del paciente crónico complejo ingresado en un hospital de agudos. *Gerokomos*. 2014;25(4):152-158. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000400005>
- 20) Barisonzo R, Wiedermann W, Unterhuber M, Wiedermann C. Length of stay as risk factor for inappropriate hospital days: interaction with patient age and comorbidity. *J Eval Clin Pract*. 2011;19(1):80-85.



- 21) Gómez Batiste X, Martínez Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, Espauella J, Espinosa J, Figuerola M. Proyecto NECPAL CCOMS-ICO©: Instrumento para la identificación de personas en situación de enfermedad crónica avanzada y necesidades de atención paliativa en servicios de salud y social. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia.
- 22) Narejos S, Casanovas J, Orri D. Gestión de la atención integrada de pacientes crónicos complejos (PCC) y con enfermedad crónica avanzada (MACA), desde el equipo de Atención Primaria. Nuevos retos asistenciales y nuevos roles profesionales. *Gestión y Evaluación de Costes Sanitarios*. 2014;15(2):169-176.
- 23) Contel J, Ledesma A, Blay C, González Mestre A, Cabezas C, Puigdollers M et al. Chronic and integrated care in Catalonia. *Int J Integr Care*. 2015;15(2). Disponible en: <www.fundacionsigno.com/archivos/publicaciones/06_GESTION-RRHH.pdf>
- 24) Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud.
- 25) García Navarro JA, Gómez Pavón J. Análisis y evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. *Soc Española Geriátria y Gerontol*. 2005;1-98.
- 26) Baztán JJ, Domenech JR, González M, Forcano S, Morales C, Rueda I. Ganancia funcional y estancia hospitalaria en la unidad geriátrica de media estancia del Hospital Central de Cruz Roja de Madrid. *Rev Esp Salud Pública*. 2004;78(3):355-66. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272004000300005>
- 27) Martín-Roselló, María Luisa [et al.] *IDC-Pal: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos*. Sevilla: Consejería de Igualdad, Salud y Políticas sociales de la Junta de Andalucía, 2014. Disponible en: <www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/cuidados_paliativos/idc_pal_2014.pdf>
- 28) BENGÓA, Rafael; NUÑO SOLINÍS, Roberto. *Curar y cuidar: innovación en la gestión de enfermedades crónicas*. Barcelona: Elsevier España, 2008. Disponible en: <www.rafaelbengoa.com/wp-content/uploads/2012/12/Curar-y-Cuidar.pdf>
- 29) Terraza Núñez R, Vargas Lorenzo I, Vázquez Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gac Sanit*. 2006;20(6):485-95. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112006000600012>
- 30) CASE MANAGEMENT SOCIETY OF AMERICA. *Standards of Practice for Case Management*. Disponible en: <www.cmsa.org/portals/0/pdf/memberonly/StandardsOfPractice.pdf>
- 31) Jódar Solà G, Cadena Andreu A, Parellada Esquius N, Martínez Roldán J. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. *Aten Primaria*. 2005;36(10):558-62. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-continuidad-asistencial-rol-enfermera-enlace-13082489>

- 32) Batres Sicilia JP, Tello MA, Santos PG. De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: La enfermera comunitaria de enlace. *Rev Adm Sanit.* 2009;7(2):313-22. Disponible en: <www.elsevier.es/es-revista-revista-administracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-de-precision-cuidados-los-cuidados-imprescindibles-las-13139767>
- 33) Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. *Enferm Comun.* 2005;1. Disponible en: <centrodesaluddebollullos.es/Centrodesalud/Enfermeria/Documentacion%20Distrito/Documentos/Continuidad%20de%20Cuidados/La%20ECE%20en%20el%20SAS.PDF>
- 34) Morales Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: Conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. *Enferm Clin.* 2014;24(1):23-34.
- 35) Enseñat Grau MP. Abordaje del paciente complejo a través de la gestión de casos. *FMC.* 2013;20:217-21.
- 36) Rico Blázquez M, Sánchez Gómez S, Fuentelsaz Gallego C. El cuidado como elemento transversal en la atención a pacientes crónicos complejos. *Enferm Clin* 2014;24:44-50.
- 37) Sandín Vázquez M, Conde Espejo P, Sarría Santamera A. Ingreso hospitalario y continuidad asistencial en mayores de 75 años: la visión desde Atención Primaria. *Aten primaria / Soc Española Med Fam y Comunitaria.* Elsevier; 1 de noviembre de 2011;43(11):620-1.
- 38) Huws DW, Cashmore D, Newcombe RG, Roberts C, Vincent J, Elwyn G. Impact of case management by advanced practice nurses in primary care on unplanned hospital admissions: a controlled intervention study. *BMC Health Serv Res.* 2008;8:115. Disponible en: <www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2442434>
- 39) Brotons C et al. Ensayo clínico aleatorizado para evaluar la efectividad de una intervención domiciliaria en pacientes con insuficiencia cardíaca: estudio IC-DOM. *Rev Española Cardiol.* Elsevier; 1 de abril de 2009;62(4):400-8.
- 40) Zamora Sánchez JJ, Pérez Tortajada G, Mendoza García de Paredes MD, Guerrero Gancedo MM. Calidad de vida percibida de los pacientes complejos en un programa de gestión de casos en atención primaria de salud. *Enferm Clin.* Elsevier España, S.L.; 2012;22(5):239-46.
- 41) Rogers A. Consideraciones sobre la autogestión de las enfermedades crónicas. *Index de Enfermería.* Fundación Index; 18(4):253-7. Disponible en: <scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400009>
- 42) Contel JC, Muntané B, Camp L. La atención al paciente crónico en situación de complejidad: el reto de construir un escenario de atención integrada. *Aten Primaria* 2012;44:107-13. Disponible en: <www.elsevier.es/n-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-atencion-al-paciente-cronico-S0212656711002204>

- 43) Portillo Vega MC, Wilson-Barnett J, Saracíbar Razquin MI. Estudio desde la percepción de pacientes y familiares del proceso de participación informal en el cuidado después de un ictus: metodología y primeros resultados. *Enfermería Clínica*. 2002;12(3):94-103.
- 44) Sutherland D, Hayter M. Structured review: Evaluating the effectiveness of nurse case managers in improving health outcomes in three major chronic diseases. *J Clin Nurs*. 2009;18(21):2978-92.
- 45) Brodaty H, Gresham M, Luscombe G. The Prince Henry Hospital Dementia Caregivers' Training Programme. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1997;12(2):183-92.
- 46) Sánchez Martín I. Cronicidad y complejidad nuevos roles en Enfermería. *Enfermeras de Práctica Avanzada y paciente crónico*. *Enferm Clin*. 2014 Jan-Feb;24(1):79-89.
- 47) Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
- 48) SIMÓN LORDA, Pablo; TAMAYO VELÁZQUEZ, María Isabel; ESTEBAN LÓPEZ, María Sagrario [coord.]. *Planificación anticipada de decisiones. guía de apoyo para profesionales*. Sevilla: Consejería de Salud y Bienestar Social, 2013. Disponible en:
<www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_2_c_8_voluntad_vital_anticipada/planificacion_anticipada_de_decisiones_SSPA.pdf>
- 49) MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. *Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS*. Madrid, 2013. Disponible en:
<www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>
- 50) REGISTERED NURSES' ASSOCIATION OF ONTARIO. *Care Transitions*. Toronto (Canadá), 2014. Disponible en: <rnao.ca/sites/rnao-ca/files/Care_Transitions_BPG.pdf>
- 51) DEPARTAMENT DE SALUT DE LA GENERALITAT DE CATALUNYA. *La gestió de casos en la pràctica infermera*. Barcelona, 2010. Disponible en:
<canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/al_tres_recursos_interes/estudis/17_infermeria/documents/arxiu/gestio_casos_practica_infermera.pdf>
- 52) CONSEJERÍA DE SALUD DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA. *Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital*. Sevilla, 2006. Disponible en:
<www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gesti%F3n%20de%20Casos%20en%20Andaluc%EDa.pdf>
- 53) Medina Carmona A, Cañas Fuentes MA. Efectividad de las intervenciones de las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias en los pacientes dependientes y sus cuidadoras en el diagnóstico enfermero "Síndrome de estrés del traslado". *Biblioteca Lascasas*, 2008; 4(2). Disponible en: <www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0318.php>

10. Glosario

Enfermera gestora de casos: enfermera responsable de asegurar una atención integral y de calidad por medio de la coordinación de todos los agentes implicados en el proceso de salud y enfermedad del paciente y de su cuidador para garantizar la continuidad asistencial, con un modelo de práctica avanzada colaborativo, integral y multiprofesional promoviendo que el paciente permanezca el mayor tiempo posible en el entorno comunitario con la mejor calidad de vida.

Enfermera gestora de casos comunitaria: enfermera gestora de casos en el ámbito de la atención primaria.

Enfermera gestora de casos de hospital de estancia media: enfermera gestora de casos en el ámbito del hospital de cuidados medios, convalecencia y rehabilitación.

Enfermera gestora de casos hospitalaria: enfermera gestora de casos en el ámbito hospitalario.

Estratificación: herramienta para clasificar la población en grupos según su morbilidad y complejidad. Permite identificar a las personas según sus necesidades, anticipar las complicaciones y las reagudizaciones y planificar los recursos necesarios.

IDC-Pal: instrumento diagnóstico de la complejidad en cuidados paliativos.

NECPAL CCOMS-ICO®: instrumento para identificar las personas en situación de enfermedad crónica avanzada.

Paciente crónico avanzado: paciente que cumple los criterios de paciente crónico complejo y presenta un NECPAL CCOMS-ICO® positivo.²¹ Además, debe estar diagnosticado y evaluado y no ha de requerir nuevas exploraciones sofisticadas ni debe tener indicado ningún tratamiento agresivo o invasivo. Para identificarlo es necesario el consentimiento del paciente, o de su familia si aquel no puede darlo.

Paciente crónico complejo: paciente con diversas enfermedades simultáneas o una sola con suficiente gravedad, con probabilidad alta de presentar descompensaciones, de evolución dinámica y variable que requiere un seguimiento continuado, una gran consumo de recursos y de fármacos y que provoca incertidumbre en las decisiones clínicas y dudas de trato.

Plan anticipado de decisiones: plan resultante de un proceso voluntario de comunicación y deliberación entre una persona capaz y profesionales sanitarios implicados en su atención acerca de los valores, los deseos y las preferencias que quiere que se tengan en cuenta respecto a la atención sanitaria que recibirá como paciente, fundamentalmente en los momentos finales de su vida.

11. Anexos

Anexo 1. Cuestionarios de satisfacción

Cuestionario de satisfacción sobre la enfermera gestora de casos

Código del centro de salud: Fecha [DD/MM/AAAA]: / /

Usuario n.º: Edad: hombre mujer
 paciente cuidador/cuidadora

La Gerencia de Atención Primaria ha puesto en marcha el Programa de enfermera gestora de casos para mejorar los cuidados de las personas en situación de dependencia de las Islas Baleares.

Con la finalidad de optimizar la atención que prestamos, queremos saber su opinión sobre los servicios que ha recibido. Por favor, rellene esta encuesta y entréguela en su centro de salud dentro del sobre. Gracias por colaborar.

<i>Si es usted el/la paciente, responda a estas preguntas</i>				
¿Piensa que la enfermera gestora de casos ha entendido su problema de salud?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
¿Se ha sentido escuchado/escuchada por la enfermera gestora de casos?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
¿Ha resultado alguno de sus problemas?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
<i>Si es usted el cuidador / la cuidadora, responda a estas preguntas</i>				
El trabajo de la enfermera gestora de casos (información, coordinación...), ¿le ha dado seguridad para cuidar al paciente con tranquilidad y no tener que pedir atención urgente?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
¿Piensa que la enfermera gestora de casos ha entendido su problemática como cuidador/cuidadora?	<input type="checkbox"/> Nada	<input type="checkbox"/> Poco	<input type="checkbox"/> Bastante	<input type="checkbox"/> Mucho
¿Ha participado en algún curso de formación para cuidadores?	<input type="checkbox"/> Sí ⇨	¿Cuál?		
	<input type="checkbox"/> No		

¿Desea contarnos algo más sobre la atención recibida o hacer alguna aportación para mejorarla?:

.....

.....

.....

.....

Cuestionario de satisfacción sobre el Programa de enfermera gestora de casos

Código del centro de salud: Fecha [DD/MM/AAAA]: / /

- médico/médica enfermero/enfermera
 trabajador/trabajadora social otro profesional:

Hace unos meses la Gerencia de Atención Primaria puso en marcha el pilotaje del Programa de enfermera gestora de casos en los ámbitos sociosanitario y de la atención primaria para hacer realidad la continuidad de curas integral y global. Concretamente se ha hecho el pilotaje sobre la población incluida en la atención domiciliaria de los centros de salud Valldargent y Son Pisà.

Por ello, como profesional que ha utilizado este servicio, queremos saber su opinión sobre la coordinación y los servicios que han recibido los pacientes, sus familias y sus cuidadores incluidos en el Programa, con la finalidad de mejorar la atención prestada. Por favor, rellene esta encuesta y entréguela en el servicio de admisión de su centro de salud dentro del sobre. Gracias por colaborar.

Nivel de satisfacción con relación a la información recibida sobre el Programa	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Alto
Nivel de satisfacción sobre el acceso a la enfermera gestora de casos	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Alto
Nivel de satisfacción sobre la derivación a la enfermera gestora de casos	<input type="checkbox"/> Nulo	<input type="checkbox"/> Bajo	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Alto
¿Cómo valora la coordinación?	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Muy bien
¿Cómo valora la intervención a domicilio de la enfermera gestora de casos?	<input type="checkbox"/> Mal	<input type="checkbox"/> Regular	<input type="checkbox"/> Bien	<input type="checkbox"/> Muy bien
En vista de los resultados, ¿considera que la enfermera gestora de casos es un recurso útil?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/C	
Para poder mejorar el Programa nos interesa que describa las dificultades que ha encontrado:				
Sugerencias:				

Anexo 2. Definición de paciente crónico complejo y de paciente crónico avanzado

Paciente crónico complejo

Los pacientes crónicos complejos son personas con una enfermedad (o más de una) de larga evolución, cuya gestión clínica es percibida como difícil por los profesionales de referencia y que precisa el uso ordenado de diferentes servicios sanitarios y sociales. Esta definición, a diferencia de los sistemas de estratificación, se basa en tres aspectos fundamentales, que ayudan a identificar los enfermos con necesidades complejas: un perfil clínico característico de complejidad (multimorbilidad, polifarmacia, descompensaciones, múltiples ingresos, etc.), un criterio profesional subjetivo y un beneficio potencial de mejora tanto individual como de equipo asistencial en un contexto territorial determinado.¹⁸

Diferentes estudios epidemiológicos permiten determinar las características propias de las personas tributarias de ser identificadas como pacientes crónicos complejos.^{19, 20} Los criterios que pueden orientar para identificar pacientes con necesidades complejas son los siguientes:

Criterios relacionados con el paciente

- Multimorbilidad con elevada probabilidad de sufrir descompensaciones con mucha sintomatología y mal control.
- Patología crónica única grave o progresiva (incluyendo enfermedad neurológica o trastorno mental grave, demencia y discapacidades intelectuales, físicas o sensoriales).
- Síntomas persistentes, intensos y refractarios.
- Evolución dinámica, variable y que requiere monitorización continua.
- Uso frecuente de servicios (urgencias, visitas a la atención primaria, ingresos...).
- Polifarmacia o gran consumo de recursos.
- Condiciones de gravedad o progresión en cuanto a la fragilidad, la funcionalidad o el deterioro cognitivo.
- Aparición de síndromes geriátricos.
- Edad extrema (complejidad en pediatría o en mayores de 85 años).
- Enfermedades minoritarias.

Criterios que dependen de los profesionales

- Requerimiento de trato multidisciplinario.
- Exposición a discrepancias entre diferentes profesionales o equipos en cuanto a los criterios de gestión clínica.
- Necesidad de activar y gestionar el acceso a diferentes dispositivos y recursos (a menudo por vías preferentes).
- Entorno de especial incertidumbre en las decisiones y de dudas de trato.
- Gestión del paciente que se beneficiaría de estrategias de atención integrada.

Criterios de la esfera social

Situaciones psicosociales adversas.

Otras clasificaciones —como la de García-Morillo JS y Ollero Barturone— incluyen la situación funcional, además de la repercusión biológica sobre el paciente con comorbilidades, que pueden ayudar también a los profesionales clínicos a identificar a pacientes crónicos complejos según patologías de órgano clasificadas por categorías y con unas condiciones clínicas características. Estos autores proponen clasificar a los pacientes crónicos complejos según estas características:

1. Dos o más patologías crónicas de órgano en las condiciones siguientes:
 - Categoría A:
 - insuficiencia cardíaca^a
 - cardiopatía isquémica^a
 - Categoría B:
 - enfermedad crónica osteoarticular con limitación funcional^b
 - vasculitis y conectivopatías
 - insuficiencia renal crónica
 - Categoría C:
 - limitación crónica al flujo aéreo, asma bronquial o hipoventilación alveolar con limitación funcional^c
 - *cor pulmonale* crónico^c
 - Categoría D:
 - enfermedad inflamatoria crónica intestinal
 - hepatopatía crónica sintomática o en actividad
 - Categoría E:
 - enfermedad neurológica con déficit motor o cognitivo que genera discapacidad^e
 - Categoría F:
 - arteriopatía periférica sintomática
 - diabetes *mellitus* con repercusión visceral diferente a la cardiopatía isquémica^d
 - Categoría G:
 - enfermedad hematológica sintomática y no subsidiaria de tratamiento especializado^e
 - enfermedad oncológica activa no subsidiaria de tratamiento oncológico activo^e
 1. Con síntomas continuos o reagudizaciones frecuentes.
 2. Puntuación en la escala de Barthel < 60 en situación de estabilidad clínica.
 3. Puntuación en la escala de Barthel < 60 y/o deterioro cognitivo moderado (Pfeiffer ≥ 5).
 4. Con retinopatía proliferativa, albuminuria, accidente cerebrovascular o neuropatía sintomática.
 5. Pacientes que no requieren tratamiento ni medicación que obligue a un seguimiento a cargo de los servicios de hematología u oncología.
- 2) Una sola enfermedad crónica con afectación grave e importante pérdida funcional y/o cognitiva. Hay que utilizar como factor pronóstico el estado funcional (escalas de Barthel y Pfeiffer) y la presencia de síntomas continuos o descompensaciones frecuentes.

Paciente crónico avanzado

Los **pacientes crónicos avanzados** son el subgrupo de pacientes crónicos complejos que cumplen las características siguientes:

- 1) Presencia de enfermedades progresivas, evolutivas e irreversibles con un pronóstico de vida limitado.
- 2) Reconocimiento por parte de los profesionales referentes de una afectación clínica de mayor gravedad.

- 3) Deben estar correctamente diagnosticados y evaluados y no deben requerir nuevas exploraciones sofisticadas ni tratamientos agresivos de sus enfermedades de base o ante nuevas descompensaciones.
- 4) Presentan necesidades de atención paliativa (NECPALCCOMS-ICO® positivo)
- 5) Para identificarlo es necesario el consentimiento del paciente, o de su familia si aquel no puede darlo.

Paciente crónico avanzado con necesidades de cuidados paliativos complejos

Se trata de un paciente con el perfil de paciente crónico avanzado que requiere cuidados paliativos especializados para controlar el proceso y asegurarle el confort y la calidad de vida. Debe ser derivado a las unidades específicas de cuidados paliativos (UCP o ESAD) siempre que cumpla los criterios siguientes:

- 1) Criterios de paciente crónico avanzado.
- 2) IDC-Pal complejo o altamente complejo. El IDC-Pal se propone como herramienta diagnóstica de complejidad en los pacientes crónicos avanzados y permite identificar tres perfiles:
 - Paciente crónico avanzado no complejo: no requiere la intervención de recursos avanzados y/o específicos de cuidados paliativos.
 - Paciente crónico avanzado complejo: la derivación a recursos avanzados y/o específicos de cuidados paliativos queda a criterio del profesional que lo valora.
 - Paciente crónico avanzado altamente complejo: requiere la intervención de recursos avanzados y/o específicos de cuidados paliativos (ESAD en la atención primaria y UCP en el hospital de estancia media).



G CONSELLERIA
O SALUT
I SERVEI SALUT
B ILLES BALEARS

2017

