

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Título: LA FIGURA DE LA ENFERMERA
GESTORA DE CASOS COMO
HERRAMIENTA DE MEJORA EN EL
SISTEMA SANITARIO; REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA.**

Alumno ALBERO GEA, IBÁN

Tutor ROSADO BRETÓN, LUIS

Master Universitario en Gestión Sanitaria

Curso: 2017-2018

RESUMEN

Introducción: El aumento de la esperanza de vida, junto con la evolución de las condiciones de vida y de trabajo y del medio ambiente físico y social han producido un incremento progresivo de la prevalencia de patologías crónicas y de situaciones de multimorbilidad, especialmente en los estratos de edad más avanzada de la población. El aumento de la cronicidad no sólo es un hecho. Es una prioridad. Actualmente, el 80% de las consultas de Atención Primaria y el 60% de los ingresos hospitalarios corresponden a pacientes crónicos. Siendo destinado a estos pacientes cerca de un 70% del gasto sanitario. En este contexto, para prestar una mejor atención a la cronicidad (en especial, a pacientes con alta complejidad) y reducir el gasto surge la figura de la Enfermera Gestora de Casos. **Objetivo:** Comprobar la eficiencia de la figura de la Enfermera Gestora de Casos en el Sistema Nacional de Salud en España. **Metodología:** Se realizó una revisión de la literatura científica para buscar información relacionada con la figura de la Enfermera Gestora de Casos dentro del sistema nacional de salud. Se buscó, sin límite temporal y hasta junio del 2018, en las principales bases de datos de salud: CINAHL, MEDLINE, CUIDEN PLUS, PUBMED, CUIDATGE, SCIELO Y BIBLIOTECA COCHRANE PLUS. Se incluyó cualquier documento que aportase información del papel de la Enfermera Gestora de Casos y que estuviese publicado en inglés o castellano. **Palabras Clave:** Enfermería; Gestión de casos; Enfermedad crónica, Inversiones en salud. **Resultados:** Existe una desigual implantación en las diferentes comunidades de la figura de la Enfermera Gestora de Casos, incluso poseen distintas denominaciones, pero coinciden en las principales tareas que realizan y la población diana a la que atienden. En numerosos estudios se constata su eficiencia dentro del sistema sanitario, reduciendo costes y mejorando la asistencia a pacientes con enfermedades crónicas.

ABSTRACT

Introduction: The increase in life expectancy, together with the evolution of living and working conditions and the physical and social environment, have produced a progressive increase in the prevalence of chronic pathologies and multimorbidity situations, especially in the strata of older age of the population. The increase in chronicity is not only a fact. It is a priority. Currently, 80% of primary care consultations and 60% of hospital admissions correspond to chronic patients. Being allocated to these patients about 70% of health expenditure. In this context, in order to provide better care for chronicity, (especially for patients with high complexity) and reduce costs, the figure of the Case Management Nurse emerges. **Aim:** Check the efficiency of the figure of the Nurse Case Manager in the national health system in Spain. **Methods:** A review of the scientific literature was made to look for information related to the figure of the Case Management Nurse within the national health system. We searched, without time limit and until June 2018, in the main health databases: CINAHL, MEDLINE, CUIDEN PLUS, PUBMED, CUIDATGE, SCIELO AND LIBRARY COCHRANE PLUS. Any document that contributed information on the role of the Case Management Nurse and that was published in English or Spanish was included. **Keywords:** Nursing, Case management; Chronic Disease. **Results:** There is an unequal implantation in the different communities of the figure of the Case Management Nurse, they even have different names, but they coincide in the main tasks they perform and the target population they serve. A lot of studies show its efficiency at the healthcare system, reducing costs and improving care for patients with chronic diseases.

ÍNDICE

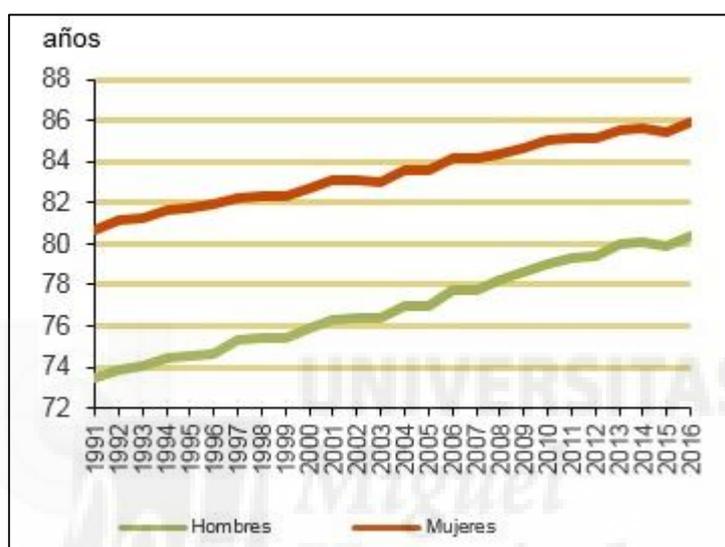
1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES.....	1
2. OBJETIVOS.....	7
3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS.....	7
4. DISEÑO Y METODOLOGÍA.....	8
5. RESULTADOS.....	9
6. CONCLUSIONES.....	30
7. LIMITACIONES Y SESGOS.....	33
8. PROBLEMAS ÉTICOS.....	34
9. BIBLIOGRAFÍA.....	36
10. ANEXOS.....	39



1. INTRODUCCIÓN Y ANTECEDENTES

El aumento de la esperanza de vida. (Figura 1), junto con la evolución de las condiciones de vida y de trabajo y del medio ambiente físico y social han producido un incremento progresivo de la prevalencia de patologías crónicas y de situaciones de multimorbilidad, especialmente en los estratos de edad más avanzada de la población¹.

FIGURA 1. Evolución de la esperanza de vida al nacimiento 2016



Fuente: Instituto Nacional de Estadística²

Los sistemas sanitarios actuales fueron concebidos para atender, principalmente, episodios agudos de enfermedad y, debido a esta concepción, experimentan dificultades para dar respuesta a las necesidades complejas de atención que las personas con enfermedades crónicas presentan³.

El aumento de la cronicidad no sólo es un hecho. Es una prioridad. Actualmente, el 80% de las consultas de Atención Primaria (AP) y el 60% de los ingresos hospitalarios corresponden a pacientes crónicos. Siendo destinado a estos pacientes cerca de un 70% del gasto sanitario. Es más, las patologías crónicas son la principal causa de muerte y discapacidad en el mundo y crean un desafío en mayúsculas para todos los agentes del sistema sanitario: las administraciones, los directivos, los profesionales y los pacientes⁴.

Diversos estudios realizados en los últimos años ponen de manifiesto que el gasto por paciente crónico es alrededor de 5 veces superior al resto de la población, incluso algunos trabajos, concluyen que el gasto de un paciente crónico de alta complejidad es 12 veces superior al de un paciente crónico leve y 23 veces superior al de un adulto sano. Aun así existe un margen importante para dar una mayor y mejor atención y a la vez ser más eficientes en cuanto al coste sanitario. Si mejoramos la asistencia, podemos evitar hospitalizaciones y visitas a urgencias, que también suponen un coste elevado y que representarían una contención del gasto importante para el sistema⁵.

El principal reto es crear un modelo de integración asistencial, de servicios entre Atención Primaria y Atención Hospitalaria. Se necesita un nuevo modelo de organización sanitaria para dar atención a los pacientes crónicos, que elimine la fragmentación que actualmente existe entre la atención de primer nivel y la atención especializada y que permita tener una continuidad asistencial, además de ofrecer una asistencia de mayor calidad a los pacientes⁶.

Especial atención se debe prestar a los pacientes con mayor complejidad clínica, entendida esta como la dificultad en la gestión de la atención de un paciente y la necesidad de aplicarle planes individuales específicos a causa de la presencia o la concurrencia de enfermedades, de su manera de utilizar los servicios o de las características de su entorno⁷.

Una de las iniciativas para mejorar la atención de las personas con enfermedades crónicas se basa en la identificación de pacientes de alto riesgo, buscando adaptar los procesos de atención a sus necesidades diferenciadas. Así, ante una serie de necesidades de gestión difícil que tiene la persona (necesidades complejas), la complejidad reside tanto en el propio perfil de necesidades como en la dificultad para darle una respuesta adecuada.

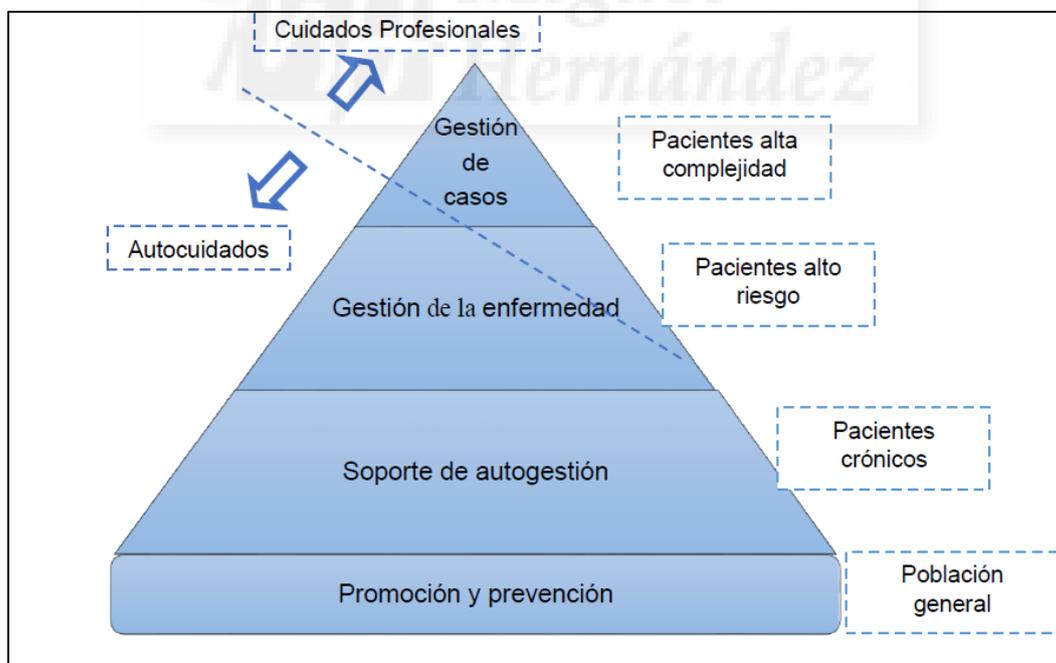
Si por enfermedad crónica (EC) entendemos aquella enfermedad de curso evolutivo largo, un paciente crónico complejo (PCC) es aquella persona con una enfermedad (o más de una) de larga evolución, cuya gestión clínica es percibida como especialmente difícil por sus profesionales referentes. Diversos estudios

epidemiológicos permiten establecer una prevalencia poblacional de PCC de alrededor del 5%⁸.

Uno de los modelos más relevantes para identificar el correcto abordaje de los pacientes con patologías crónicas es la Pirámide de Kaiser. (Figura 2). Este sistema se basa en la estratificación del riesgo según el tipo de paciente e indica cuál es el abordaje más eficaz según el grupo al que se pertenezca⁹. Su interés no reside en identificar a personas que en la actualidad se encuentran en una determinada situación, sino en reconocer con antelación a aquellas personas que con alta probabilidad tendrán un evento o un problema en un futuro próximo. Esta orientación a una “probable” situación futura permite construir estrategias de abordaje proactivo, es decir, anticipándose a los acontecimientos para evitar o disminuir el impacto de estos eventos, tanto en salud y calidad de vida de las personas como en el consumo de recursos¹⁰.

En los pacientes de alta complejidad, destaca como herramienta principal la gestión de casos.

Figura 2. Pirámide de Kaiser Permanente



Fuente: Estrategia navarra de atención integrada a paciente crónicos y pluripatológicos⁹.

En este contexto surge la figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC). El concepto de gestión de casos (case management) nace en Estados Unidos,

hacia 1920 en el campo de la psiquiatría y trabajo social y se centra en el manejo de las enfermedades crónicas de larga duración dentro de la comunidad. En los años 30 también comienzan a visitar y a realizar seguimientos telefónicos en el sistema público, ante la falta de un sistema integral de cobertura y la fragmentación de agencias existentes¹¹. La gestión de casos resurge en el sistema de atención a la salud a finales de los 60 y comienzos de los 70. Aparece como elemento fundamental del movimiento de desinstitucionalización, orientado para la coordinación de servicios en personas con requerimientos de acciones más complejas en la comunidad¹².

En el año 1983 nace el “Prospective Payment System (PPS) case management”, creado por el gobierno para concienciar a los hospitales sobre Técnicas y cuidados excesivamente costosos. Hoy día, los gestores de casos son demandados por pacientes y familiares como “consejeros” para recibir el mejor cuidado a coste más bajo. Su cualificación multifacética les convierte en esenciales para un sistema sanitario que puede resultar a menudo muy difícil entenderlo. Es decir, la gestión de casos proviene de un sistema, en el cual, tanto los seguros privados, los hospitales o los propios pacientes, deben considerar los gastos sanitarios; por ello, la necesidad de que con un profesional conocedor del sistema sea capaz de gestionar la situación de un paciente a menor coste posible¹³.

Después del éxito, tras las evaluaciones de los distintos programas en Estados Unidos, la gestión de casos se ha ido extendiendo a otros países, especialmente Gran Bretaña, Canadá, Australia, Israel y Holanda. Este se debe principalmente a su habilidad para promover la coordinación sin implicar grandes cambios estructurales en los servicios socio-sanitarios¹⁴.

El *Case Management Society of America* la define como “un proceso de colaboración mediante el que se valora, planifica, facilita, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud integrales de una persona y su familia, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos”¹³.

Diversos autores explican que la gestión de casos no es una profesión sino que se trata de un método que requiere del desarrollo de unas competencias que incluyen capacidades para trabajar con problemas complejos, con las familias y sus múltiples necesidades, con numerosos interlocutores públicos, privados y empresariales y de lidiar con el sistema burocrático. Otros autores recomiendan que para la gestión de casos, se requiera de una especialización de posgrado⁶ que permita adquirir conocimientos sobre modelos, métodos, técnicas de planificación, evaluación y gestión de la calidad así como habilidades específicas en observación y comunicación¹⁵.

El desarrollo de la gestión de casos se contempla con perfiles profesionales diferenciados dependientes cada lugar o sistema de salud. En el Sistema de Salud Británico (National Health System), la “Community matron”, lo más parecido a la gestora de casos en España, debe ser una enfermera muy cualificada a la que se le asignan alrededor de 50 casos complejos, a los que proporciona todos los cuidados necesarios, desplazándose a los domicilios si hiciese falta y se le exige unos resultados, que deben traducirse en la reducción ingresos y sobre todo reingresos hospitalarios¹⁶.

En España, aparecen las primeras experiencias como precursoras de la gestión de casos en 1994 en la Comunidad Autónoma de Canarias y en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Estas experiencias poseen en común diversas características, como la necesidad de mejora de la atención domiciliaria, y la necesidad de garantizar la coordinación y continuación de cuidados entre los diversos niveles asistenciales sanitarios y sociales¹⁷.

En España, los dos términos son los más usados para conceptualizar a esta profesional son:

-Enfermera/Gestora de casos: se trata de la profesional que, teniendo un conocimiento amplio del sistema de salud, gestiona y asesora a los pacientes, el objetivo es el uso indebido de los recursos sanitarios y la promoción de la salud y la prevención de complicaciones en pacientes crónicos. Su labor es bastante

reciente y está más enfocada a la gestión de crónicos de alta complejidad; también se le sitúa normalmente en el ámbito de Atención Primaria.

-Enfermera de Enlace: se trata de la profesional que realiza el trabajo equivalente a la gestora de casos pero en el ámbito hospitalario, será la encargada de evaluar paciente etiquetados como de alta complejidad y captar nuevos posibles casos, trabaja de “enlace” entre los diferentes profesionales y con Atención Primaria para programar nuevos cuidados y necesidades al alta¹⁸.

Diversos autores entre los que destacan Batres Sicilia et al., utilizan indistintamente las dos denominaciones, al tener en cuenta la influencia internacional del concepto y sistema de gestión de casos y, sobre todo, la práctica igualdad de competencias, funciones y formación que han de desarrollar las enfermeras gestoras de casos¹⁹.

Las enfermeras son líderes en la disciplina del cuidado de la salud²⁰ donde se centran en la respuesta de las personas derivadas de su ciclo vital y no sobre la enfermedad en sí. En la literatura, se identifican varias denominaciones para la Enfermera Gestora de Casos como es la enfermera comunitaria de enlace, enfermera de continuidad de cuidados así como enfermera de gestión domiciliaria, donde el objetivo principal es el coordinar la continuidad del cuidado²¹.

La intervención enfermera NIC: 7320 gestión de casos, se aprueba en la tercera edición de las NIC en el año 2000, y se define en su sexta edición de 2013 como: «Coordinar la asistencia y defensa de individuos concretos, y poblaciones de pacientes en diversos contextos para reducir costes, disminuir el uso de recursos, mejorar la calidad de la asistencia sanitaria y conseguir los resultados deseados». Las actividades sobre las que se centra la gestión de casos en la NIC giran en torno a la reducción de costes. Se identificarán los individuos y/o comunidades susceptibles de beneficiarse de la gestión de casos en base a criterios de elevación de costes, gran volumen y/o alto riesgo²².

La gestión de casos es un método de provisión de cuidados al enfermo y a su familia basado en una concepción interdisciplinaria que trata de negociar, obtener y coordinar recursos para orientar y reconducir pacientes complejos, y obtener los resultados clínicos esperados mediante una conexión entre la calidad de los cuidados y los costes asociados”, realizando una valoración profunda de las necesidades reales de la persona y su entorno, desde una visión holística del ser humano, y trazando un plan de intervención costo-eficiente, coordinado, para dar respuesta individualizada a la situación²³.

2. OBJETIVOS

Objetivo General

- Comprobar la eficiencia de la figura de la Enfermera Gestora de Casos en el sistema nacional de salud.

Objetivos Específicos

- Analizar el grado de implantación de la figura de la Enfermera Gestora de Casos en el sistema de salud español.
- Comparar las diversas funciones de la Enfermera Gestora de Casos según la comunidad autónoma en la que desarrolle su labor.
- Examinar el tipo de pacientes que se deberían incluir en la cartera de servicios de la Enfermera Gestora de Casos.

3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Esta investigación se justifica con la presente necesidad de abordar con más profundidad el asunto de la cronicidad dentro de los sistemas de salud, siguiendo las últimas recomendaciones dadas por la OMS a nivel mundial y por el propio sistema de Salud Nacional.

La figura de la Enfermera Gestora de Casos es una pieza fundamental para el nuevo proyecto de abordaje de crónicos. Existe en la mayoría de países de

nuestro entorno así como en muchas Comunidades Autónomas del país. Su correcta implantación podría suponer una mejora en la atención sanitaria en pacientes con patologías crónicas complejas, además de una importante optimización y reducción del gasto sanitario del sistema de salud.

Si miramos, por ejemplo, a uno de los países europeos con más experiencia en este ámbito como es Reino Unido vemos como, no solo lo siguen llevando a cabo, si no que incentivan a los profesionales de la salud. En la Commissioning Board de 2013, que es donde se publican oficialmente los cambios o decisiones tomadas por el órgano de gobierno correspondiente del sistema público de salud británico (NHS), se anima a profesionales de Atención Primaria (General Practitioners) a realizar trabajos de captación de posibles pacientes que potencialmente pueden ver agravado su estado de salud en poco tiempo, de tal modo que para ello incentivan por paciente captado²⁴.

4. DISEÑO Y METODOLOGÍA

Se realizó una revisión de la literatura científica para buscar información relacionada con la figura de la Enfermera Gestora de Casos dentro del sistema nacional de salud.

Se buscó, sin límite temporal y hasta junio del 2018, en las bases de datos CINAHL, MEDLINE, CUIDEN PLUS, PUBMED, CUIDATGE, SCIELO Y BIBLIOTECA COCHRANE PLUS.

Se incluyó cualquier documento que aportase información del papel de la Enfermera Gestora de Casos y que estuviese publicado en inglés o castellano.

Aquellos que cumplían con los criterios de revisión fueron analizados a texto completo. A partir de los documentos identificados se realizó una búsqueda inversa de artículos que cumpliesen con los criterios de inclusión en las correspondientes listas de bibliografía.

5. RESULTADOS

Se obtuvieron 53 artículos relacionados con la búsqueda bibliográfica de los cuales se considerando elegibles por su aplicabilidad en el estudio en cuestión un total de 25 artículos.

Además se incluyeron artículos y páginas web de organismos públicos con información institucional relevante para el estudio.

Se trata de una figura que no está aún presente en todas las comunidades autónomas. Según la bibliografía consultada, encontraremos esta herramienta de gestión sanitaria en:

➤ **Canarias**

Llevó a cabo el primer proyecto piloto para su incorporación en el año 1994. La Enfermera Gestora de Casos tiene como principal objetivo el coordinar la actuación de los diferentes agentes implicados en la atención y seguimiento de los pacientes crónicos de alta complejidad, existiendo tanto en Atención Primaria como Especializada.

De forma general, la gestión de la atención de estos pacientes se ubica en la Atención Primaria, a cargo principalmente de la Enfermera Gestora de Casos Comunitaria, con el soporte directo de los recursos del Centro de Atención Primaria así como del especialista consultor y de los recursos sociosanitarios.

Cuando ocurra un episodio de inestabilidad del paciente, la gestión del caso dependerá del dispositivo en el que se detecte:

– Si se detecta en el Centro de Atención Primaria, la coordinación del paciente la llevará a cabo la EGC, de forma integrada con el EAP, gestionando los recursos necesarios para prestarle la asistencia requerida (desde pruebas diagnósticas hasta su posible hospitalización).

– En el caso de que se detecte el episodio de inestabilidad en alguno de los dispositivos de Atención Especializada (servicios de urgencias, hospitalización, consultas externas) o bien si se requiere su ingreso o monitorización constante, la gestión del paciente la llevará a cabo la EGC de AE, en constante coordinación

con el internista y/o geriatra, con el resto de recursos requeridos en AE (otros médicos especialistas, trabajador social, etc.) y con la EGC de AP (para la gestión del alta tras estabilización del paciente).

Sus funciones se basan en:

1. Captación activa de pacientes y cuidadoras a través de los profesionales de Atención Primaria, Profesionales de los servicios sociales y a través de las altas hospitalarias.
2. Valoración a pacientes y cuidadoras: realización de Plan de Cuidados consensuado con en el EAP y sociales
3. Revaloración del paciente y cuidador
4. Organización de talleres de información/formación para cuidadoras
5. Gestión de materiales de apoyo (colchones, camas, sillas de ruedas, etc.)
6. Continuidad de Cuidados al ingreso en AE y al alta de AE

➤ **Andalucía**

Es la comunidad autónoma que tiene el modelo de gestión de casos, implantado en todo el sistema público andaluz desde 2002, como desarrollo de su Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Es la comunidad española en la que la figura de la enfermera gestora está más establecida e integrada en el sistema sanitario.

Las enfermeras gestoras de casos han de trabajar con el fin de encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema.

Sus funciones se dividen según se trate de Enfermera Gestora de Casos Comunitaria u Hospitalaria.

Enfermera Gestora de Casos Comunitaria:

Las enfermeras ayudan al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia.

La enfermera vela porque el paciente/familia alcance los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizandolos recursos

necesarios, y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados

La Enfermera Gestora de Casos ofrece un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantiza el máximo bienestar y minimiza el sufrimiento de pacientes y familiares, fomenta la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes, y asegura la continuidad de la atención.

La captación de pacientes se realiza o bien desde el Programa de Crónicos Domiciliarios inmovilizados” o bien directamente a propuesta de su Equipo de AP (médico, enfermera, trabajador/a social), la Unidad de Atención al Usuario o por la EGCh, la Enfermera del Hospital o la de Emergencias.

Uno de los principales hitos de este modelo es conseguir un plan de asistencia consensuado (EGCc, Equipo AP, Paciente y Cuidadora) para el paciente y su cuidadora

La población diana son pacientes que precisan Atención en su domicilio por tener la condición de:

- Personas inmovilizadas o grandes discapacitados
- Pacientes en situación terminal con necesidad de cuidados paliativos
- Personas con alta hospitalaria necesitadas de cuidados a domicilio
- Personas cuidadas en instituciones
- Personas afectadas por “enfermedades raras”
- Cuidadoras/es principales de este tipo de pacientes.

Sus objetivos específicos son:

1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona incapacitada y/o de riesgo atendida en su domicilio, que cumpla con los criterios de inclusión.

2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de las cuidadoras principales de estos pacientes.
3. Facilitar la mejora de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.
4. Mejorar la coordinación del equipo de Atención Primaria con la red social.
5. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
6. Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el Cuidado.

La Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria:

La población diana son todas aquellas personas ingresadas en el hospital que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras:

- Cuidados paliativos
- Atención al proceso Pluripatológicos
- Fractura de cadera en el anciano
- Demencias
- Ataque cerebrovascular
- VIH – SIDA
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
- Insuficiencia Cardíaca
- Trastorno Mental grave
- Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados, no incluidos en los procesos anteriores como

- Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.

- Cuidadores familiares de los anteriores

Sus objetivos son:

1. Garantizar la captación de la población diana.
2. Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.
3. Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
4. Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles.

Las Enfermeras Gestoras de Casos hospitalarias se encargarán de:

- La captación activa de pacientes, según Población Diana, que cumplan los criterios de inclusión, por derivación de profesionales del Hospital, por derivación de profesionales de la Unidad de Atención al Usuario y por derivación de profesionales de Atención Primaria
- Valoración Integral al paciente y cuidadora, elaboración de un plan asistencial ajustado a las necesidades del paciente y cuidadora y proponiéndolo a los profesionales de referencia del paciente y / o cuidadora.
- Coordinar actuaciones, gestión de citas y servicios y planificación del alta o de ingreso con Médicos y Enfermeras responsables; así como realizar interconsultas con otros servicios profesionales (trabajadoras sociales, fisioterapeuta, psicólogo...)
- Gestión de material de apoyo y Gestión de ayudas técnicas y recursos provistos desde Atención

Especializada para uso en Atención Primaria (AP): oxigenoterapia, ventiloterapia, nutrición enteral, quimioterapia, ayudas ortoprotésicas, etc.

- Participación en las Comisiones de Cuidados de Área de su hospital
- Plan de Continuidad Asistencial mediante seguimiento telefónico por Salud Responde.

➤ **Comunidad Valenciana**

Se implanta, a partir de febrero de 2007, de manera experimental, en dos Departamentos de Salud de la Comunidad Valenciana (Castellón y Alicante-Hospital General).

Se enmarca dentro del Plan para la Mejora de Atención Domiciliaria y representa el modelo más desarrollado con la creación de 2 nuevos perfiles de enfermería: Enfermera Gestora de Casos Comunitaria (EGCC) y Enfermera Gestora de Casos Hospitalaria (EGCH).

Sus funciones son: ubicar al paciente y a los cuidadores en el mejor lugar terapéutico, dependiendo, en cada caso, de su estabilidad física, social, familiar, económica, y teniendo en cuenta los recursos de los que se dispone en cada momento, lugar y situación.

Las competencias y responsabilidades de la EGCH son:

1. Servir de enlace entre el Hospital y la Comunidad para facilitar la Continuidad de Cuidados.
2. Habitualmente ubicadas en las Unidades de Hospitalización a Domicilio, aunque también. Enlazan a pacientes del Hospital.

Las tareas de la EGCC estarían formadas por:

1. Gestión de casos complejos.
2. Hacer correctamente las cosas que deben hacerse en el momento oportuno y en los pacientes indicados (concepto de efectividad clínica)
3. Obtener el máximo rendimiento de los recursos disponibles. El último fin es obtener más salud o mejor calidad de vida.

4. Consultoría con el objeto de dar soporte a las enfermeras comunitarias de los EAP y del Hospital y el de aumentar la capacidad de resolución técnica de enfermería en los domicilios.
5. Control de Gestión de prestaciones que permita garantizar el acceso y uso apropiado de las tecnologías domiciliarias, los consumos sujetos a inspección y el material ortoprotésico.
6. Coordinación departamental con el objetivo de disponer de mecanismos de coordinación intersectorial en el ámbito de la atención domiciliaria en el Departamento de Salud.
7. Mejora de circuitos asistenciales y administrativos.
8. Manejo de sistemas de información con el fin de disponer de indicadores para la gestión de la atención domiciliaria y la continuidad de cuidados.

- **Cataluña**

La figura de la Enfermera Gestora de casos es implantada en el sistema sanitario catalán en 2009.

La misión de la gestión de casos es:

Ofrecer servicios coordinados e integrados de atención socio-sanitaria orientados a las necesidades de la persona, la familia y el entorno promoviendo la independencia y el autocuidado, con un abordaje multidimensional, de forma efectiva, eficiente y sostenible.

La Población diana la forman:

- Pacientes con un patrón definido de comorbilidad o pluripatología, con múltiples ingresos hospitalarios no programados o múltiples visitas a urgencias.
- Pacientes con enfermedades o procesos de baja prevalencia pero que necesitan un abordaje específico y diferenciado, por ejemplo ELA, esclerosis múltiple, lesiones medulares, etc.
- Personas mayores en situación de alta fragilidad que necesitan acceder a diferentes dispositivos: interconsulta a unidades específicas de valoración

geriátricas y/o psicogerriátricas, ingreso o estancia temporal en centro socio-sanitario para control de síntomas.

- Atención en procesos de baja prevalencia llevando a cabo un papel capacitador. Por ejemplo cambios de traqueostomía, CPAP, port-a-cath, etc.
- Personas sin apoyo familiar y con poca capacidad de autocuidado.
- Personas con dificultad de abordaje y continuo que necesitan un gran número de coordinaciones e intervenciones interdisciplinarias.
- Las personas cuidadoras principales de los pacientes de alta complejidad.

La Enfermera Gestora de Casos:

-Identifica de forma pro-activa personas en situación de complejidad y, a partir de una Valoración integral del paciente y del cuidador principal,

-Planifica los cuidados,

-Coordina y optimiza los recursos sanitarios adecuados,

-Monitorea y evalúa el caso.

-Trabaja conjuntamente con los profesionales de referencia de la persona atendida, proporcionando un valor añadido e integrando la aportación de todos los profesionales sin sustituirlos.

Sus objetivos son:

1. Mejorar la calidad asistencial de los cuidados de la persona atendida y la del cuidador minimizando la fragmentación de la atención.
2. Garantizar la continuidad de los cuidados y fomentar la coordinación y homogeneización de procesos entre los profesionales de la salud de los diferentes ámbitos asistenciales.
3. Planificar una transición adecuada de la persona atendida a través de los diferentes servicios y niveles asistenciales asegurando una respuesta adecuada a sus necesidades.
4. Mejorar la percepción de seguridad y de calidad de vida de la persona atendida y su familia.
5. Mejorar la seguridad clínica reduciendo las complicaciones evitables y las consecuencias.

6. Facilitar la relación de los procesos de interconsulta entre los diferentes recursos de la red asistencial.
7. Optimizar y racionalizar el consumo de servicios para obtener resultados de calidad asistencial y costoefectivos con los recursos más adecuados.

La captación de paciente se realizará mediante:

-Detección de pacientes complejos ingresados en el hospital o centros socio sanitarios. La búsqueda de pacientes ingresados debe ser activa a cargo de la enfermera de enlace. El mecanismo de búsqueda activa se pacta con cada hospital y se pide el consentimiento informado al enfermo para poder traspasar la información a los profesionales de enfermería y medicina asignados a la persona enferma.

- Buscar activa: explotación selectiva de pacientes atendidos en la atención primaria sobre la base de criterios. Por ejemplo, se pueden cribar pacientes con cuatro de los siguientes criterios o más: – > 65 años (se considera > 65 años aquellas personas que tienen más de 65 años y un día)

– Cuatro patologías crónicas o más

– Cinco fármacos o psicofármacos de forma continua o más

– Proceso terminal

– Índice de Barthel: 55 o menos

– Demencia y deterioro cognitivo (test cognitivo de Pfeiffer: 5 errores o más)

– Dos ingresos no planificados en el hospital por exacerbación en los últimos doce meses o más

– Tres visitas a urgencias hospitalarias en los últimos doce meses o más

– Vivir sola o con personas cuidadoras con capacidad limitada de soporte (las cuidadoras > 75 años, o aquellas con resultado del test de Lawton & Brody ≤ 5 puntos en mujeres, o de ≤ 3 puntos en hombres).

-Derivaciones realizadas por los profesionales del equipo.

- Trabajo activo con el EAP para identificar conjuntamente casos de pacientes complejos.
- PRODEP: a partir del reconocimiento de dependencia sistemáticamente (Grado II y III).
- Coordinación con servicios sociales propios, del consejo comarcal y municipal.
- Utilización de modelos predictivos

➤ **Región de Murcia**

El modelo de gestión de casos se implantó el 1 de junio de 2010, como proyecto piloto, con dos enfermeras gestoras de casos. Una EGC en la zona básica de salud de Cieza y otra EGC en las zonas básicas de salud de Abarán y Blanca. Su ubicación física es el centro de salud.

La gestión por procesos se organiza de forma estructurada y considera la visión del cliente como prioritaria. Sobre su mejora se basa la de la propia organización. Es un elemento clave en un modelo de atención integrada y una herramienta de calidad para optimizar resultados, de adaptación a las necesidades de los clientes y de mejora de la satisfacción de los profesionales.

Se definen claramente componentes esenciales de la atención: Captación, valoración, planificación, coordinación, formación y evaluación. La creación de las Gerencias Únicas en el Servicio Murciano de Salud, unificando las gerencias de Atención Primaria con las gerencias de Atención Hospitalaria, supuso ofrecer una atención integral de las necesidades de salud de los ciudadanos, considerando la atención como un proceso longitudinal.

Para asegurar esta continuidad de cuidados, el ámbito de actuación de la Enfermera Gestora de Casos en el Servicio Murciano de Salud es toda el Área de Salud, a diferencia de cómo hemos visto anteriormente, en otras Comunidades Autónomas se distingue la EGC domiciliaria y la EGC hospitalaria.

La población diana de este programa es fundamentalmente:

- Pacientes con demencia, especialmente Alzheimer.
- Inmovilizados domiciliarios y especialmente aquellos con cambios frecuentes de residencia.
- Problemas de Salud Mental: especialmente Trastorno Mental Grave y adicción de alcohol y/o drogas.
- Personas dependientes.
- Enfermedades cardiovasculares en situación de prevención terciaria.
- VIH/SIDA.
- Pacientes con enfermedad crónica avanzada con descompensaciones: Insuficiencia cardiaca, insuficiencia renal, EPOC.
- Enfermedad en situación de terminalidad o de necesidad de Cuidados Paliativos.
- Personas hospitalizadas o en domicilio sin cuidados familiares o apoyo social.
- Personas en situación de alta hospitalaria con necesidad de cuidados domiciliarios continuados.
- Cuidador/a familiar de los anteriores.

➤ **País Vasco**

Comienza un pilotaje en 2010 con diferentes figuras de enfermería de práctica avanzada entre las que se recogen 3 figuras: Enfermera Gestora de Enlace hospitalaria, Enfermera Gestora de Continuidad y Enfermera Gestora de Competencias Avanzadas.

Su ámbito de actuación es:

- Pacientes con múltiples patologías de larga duración asociadas (comorbilidad).
- Paciente con un alto riesgo de tener que ser hospitalizada de forma no programada.
- Pacientes con múltiples necesidades: farmacéuticas, sociales, médicas y de cuidados enfermería.

- Pacientes con una o varias enfermedades crónicas, que requieren coordinación y continuidad de cuidados.
- Pacientes ingresados en hospital que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadores.

Los objetivos generales de la Enfermera Gestora de Enlace Hospitalario (EGEH) son:

1. Realizar una gestión de casos intensiva, continua y personalizada para mejorar los resultados de salud y la calidad de vida en personas con patologías complejas de larga duración.
2. Mejorar la calidad de la sanidad y la coordinación, incluyendo la asistencia social.
3. Centrar los servicios sanitarios en la persona.
4. Mejorar la satisfacción de la atención en el grupo de pacientes complejos y de personas cuidadoras.

Los objetivos específicos de la EGEH están formados por:

1. Captar y garantizar el seguimiento de la población diana.
2. Potenciar la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria.
3. Mejorar la continuidad de cuidados durante la transacción al domicilio tras el alta hospitalaria.
4. Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

➤ **Aragón**

En el marco del programa de Atención al Enfermo Crónico Dependiente (PAECD) que pone en marcha el Gobierno de Aragón, surge la necesidad de crear la figura de la enfermera de Valoración y gestión de Casos. (EVGC) Ésta, junto con la Enfermera de Enlace de Sector (EES), se encargará de coordinar

una adecuada transición de los enfermos dependientes desde el hospital a su domicilio.

Los objetivos de EVGC:

1. Mejorar la atención y la calidad de vida de los Enfermos Crónico dependientes y sus cuidadores principales en el Sector Zaragoza III.
2. Mejorar la continuidad de los cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria.
3. Evitar ingresos hospitalarios derivados de la percepción de inseguridad en el domicilio.
4. Colaborar en la normalización de la práctica enfermera para disminuir la variabilidad en la atención a los pacientes.

Los objetivos de EES:

1. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona que cumpla criterios de inclusión en el PAECD y vaya a ser atendida en su domicilio.
2. Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales de estos pacientes.
3. Facilitar la mejora de la atención domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.
4. Mejorar la coordinación del Equipo de Atención Primaria con la red social y sanitaria.
5. Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
6. Garantizar el uso adecuado del material de ayuda técnicas para el cuidado de los pacientes.

La Población diana en Aragón la forma persona que cumpla criterios de inclusión en el PAECD y vaya a ser atendida en su domicilio.

Se realiza una captación activa, junto con otros profesionales de los diferentes niveles asistenciales de todas las personas susceptibles de recibir atención domiciliaria:

- En Atención Primaria se realizará a partir de la cartera de servicios de inmovilizados y terminales.
- En Atención Especializada se realizará a: 1. Pacientes con ACV > de 65 años, demencia o enfermedad de Parkinson. 2. Pacientes con fractura de fémur en > de 75 años. 3. Pacientes con enfermedades potencialmente invalidantes. 4. Cuidados paliativos.

Las competencias de la Enfermera Gestora de Casos en Aragón son:

- Valoraciones: Determinar nivel funcional y cognitivo previo del enfermo. Valorar estado anímico y físico del cuidador.
- Seguimiento: Cada 2/3 días seguimiento del caso. Determinar conocimientos sobre cuidados del cuidador, orientación sobre cuidados que tendrá que proporcionar a domicilio y asesoramiento sobre material ortoprotésico más adecuado para planificar el alta.
- Coordinación con trabajo social sobre el mejor recurso disponible para la atención del enfermo si es el caso.
- Supervisar el alta: Valorar el grado de comprensión de las indicaciones del informe médico al alta. Tramitar la cita de control si la situación del cuidador lo precisa (cuidador muy mayor, con problemas de movilidad...)
- Reuniones de coordinación con responsables médicos y supervisoras de las unidades en las que intervengo.
- Colaborar y promover la elaboración del plan de cuidados de la fractura de cadera.
- Colaborar en la planificación de talleres para cuidadores: Neurocirugía, Traumatología y Medicina Interna (esta última cuando empecemos a trabajar allí).
- Colaborar en la planificación de talleres para cuidadores e implantación de un plan de atención al cuidador en el Sector III.
- Comunicación con las enfermeras de Primaria cuando la Enfermera de Enlace no puede hacerlo (vacaciones, talleres que imparte en Primaria...).
- Solucionar problemas de coordinación entre Atención Primaria y Hospital derivados desde Primaria (Pacientes que no se han citado para la revisión, dificultad para obtener alguna medicación o material...)

- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de toda persona que cumpla criterios de inclusión en el PAECD y vaya a ser atendida en su domicilio
- Mantener y mejorar la calidad de vida relacionada con la salud de los cuidadores principales de estos pacientes
- Facilitar la mejora de la atención domiciliaria al Equipo de Atención Primaria
- Participar en actividades de formación conjunta con los profesionales de los EAP.
- Consensuar modelos de actuación para la mejora de la atención domiciliaria.
- Mejorar la coordinación del Equipo de Atención Primaria con la red social y sanitaria.
- Mejorar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.
- La EES será referente para las supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización en relación a la continuidad de cuidados.
- Planificación de altas hospitalarias con las supervisoras y enfermeras de las unidades de hospitalización de los pacientes que cumplan criterios de inclusión en el PAECD
- Coordinación con las enfermeras de los equipos de salud mental.
- Garantizar el uso adecuado del material de ayuda técnica para el cuidado de los pacientes.
- La EES colaborará junto a los Trabajadores Sociales en la valoración y petición de este material
- La EES coordinará junto a las enfermeras del EAP y las Trabajadoras Sociales, la recuperación del material de ayuda.

➤ **Comunidad de Madrid**

El gestor de casos funciona como elemento aglutinador, que ante la dependencia de cuidados, gestiona los mismos de manera adecuada y eficiente. El papel de

“gestor de casos” está implícito en la actividad de enfermería de atención primaria.

Es un sistema de atención al usuario, focalizado en la consecución de objetivos específicos, estructurado en un tiempo previamente establecido y que utiliza correctamente los recursos adecuados para conseguir dichos objetivos. Este modelo se centra en el paciente individualmente. El gestor planifica y coordina la globalidad de los cuidados que precisa el enfermo, garantizando el nivel de calidad, disminuyendo los costes derivados del cuidado fragmentado.

La población diana está constituida por:

- Personas que, independientemente de la edad, presenten problemas de salud complejos (agudos o crónicos) e incapacidades funcionales relativas a las actividades de cuidado personal y a las actividades del mantenimiento del ambiente.
- Personas del apartado anterior cuyo entorno social de apoyo se encuentra en vías de agotamiento, no existe o es disfuncional.

Sus competencias y tareas a desarrollar son:

1. Aumentar el grado de satisfacción de la persona y de su familia.
2. Mejorar la calidad asistencial de los cuidados y las prestaciones, contribuyendo a la mejora del estado de salud de la persona y de su familia.
3. Asegurar la integralidad, integración y globalidad de los cuidados, minimizando la fragmentación de la atención.
4. Asegurar la continuidad y coherencia de la labor de los distintos profesionales, organismos y establecimientos de la red comunitaria, hospitalaria e institucional.
5. Agilizar las intervenciones del sector sanitario y social.
6. Optimizar y racionalizar el consumo de servicios. Evitar duplicidades o carencias de servicios o prestaciones.
7. Optimizar la utilización de recursos.

➤ **Navarra**

La Enfermera Gestora de Casos en Navarra se implanta en 2013 dentro del plan de “Estrategia Navarra de atención a Crónicos y Pluripatológicos”. Está pensado para su pleno funcionamiento en 2020.

La población a la que va dirigido el programa se basa en los siguientes colectivos:

- Pacientes con Patología Orgánica Crónica severa con necesidades de soporte social.
- Trastornos Mentales Graves.
- Pacientes con Deterioro Cognitivo moderado o severo.
- Pacientes geriátricos de edad muy avanzada y grave deterioro funcional.
- Encamados crónicos.

Las funciones que se le atribuye en Navarra son las siguientes:

1. Gestionar los casos de alta complejidad garantizando la continuidad de la atención. - Colaborar en la elaboración del Plan de Atención Integral.
2. Coordinar las actuaciones de los diferentes profesionales del sistema sanitario intervinientes en el caso. - Garantizar la optimización de todo tipo de recursos disponibles.
3. Asesorar en la toma de decisiones en los casos de especial complejidad del Centro de Salud y a petición de la enfermera de la Unidad Básica.
4. Garantizar el cumplimiento del plan de atención al paciente crónico y pluripatológico del conjunto de los pacientes del centro y de las diferentes unidades básicas.
5. Capacitar a los pacientes más complejos y/o cuidadores en autocuidados, fomentando la autonomía en la medida de lo posible.
6. Organizar las reuniones multidisciplinarias para la coordinación y seguimiento de la estrategia. - Coordinarse con los servicios de A.E. para la planificación de ingresos y/o altas hospitalarias.
7. Organizar los grupos de autocuidados y las reuniones “de paciente experto”. - Supervisar la realización de talleres dirigidos a personas cuidadoras.

8. Asesorar y formar al personal de enfermería en la atención a pacientes de mayor complejidad. - Promover la investigación en atención a la cronicidad.
9. Colaborar con la trabajadora social en la coordinación de otras redes formales e informales sociales (recursos externos) de la zona.

➤ **Extremadura**

En su reciente aprobación de la Estrategia de Atención a la Cronicidad 2014 contempla esta nueva figura como recurso humano a implementar en el Servicio Extremeño de Salud para la atención de los pacientes crónicos.

Las funciones que desarrolla la Enfermera Gestora de Casos contemplan diversas áreas de actuación: asistencial, de organización y de gestión del conocimiento.

En el ámbito asistencial: captación de pacientes, valoración, asignación y gestión de casos, llevando a cabo los planes de intervención. En la función de enlace, conexión bidireccional informativa y asistencial, interniveles intraniveles o intersectorial. Todo ello incluye la atención domiciliaria, atención en el centro de salud, apoyo y asesoramiento durante la atención especializada, plan de cuidados al alta, seguimiento telefónico, y como gestoras son responsables del plan de cuidados, coordinadas con los servicios sociales en la valoración y gestión de recursos si procede: teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, voluntariado o gestión de plaza en residencia, entre otros.

Responsables también de la gestión de material orto protésico. La Enfermera Gestora de Casos no asume la atención integral, longitudinal y en exclusiva de una cohorte de pacientes domiciliarios complejos, como en otros modelos, sino que lleva la iniciativa en la resolución de su complejidad (gestión de intervenciones y seguimiento de su efectividad) devolviendo posteriormente el caso a la enfermera referente ya sea en su totalidad o compartiendo tareas.

Los cuidadores familiares son población diana de las gestoras de casos realizando funciones de valoración asignación y cribaje de cuidadores diana (de riesgo). Llevando a cabo planes de intervención con este colectivo de manera

individual y grupal: realización de talleres de apoyo. Todo ello con plena autonomía profesional, convirtiéndose en el referente de los pacientes y cuidadores que tiene a su cargo.

Experiencias Internacionales:

✓ Canadá:

El modelo Prisma de Canadá está orientado a un suministro de servicios de carácter integrado y colaborativo entre los diferentes proveedores de servicios sanitarios, (AP, AE, servicios sociales y enfermería).

En dicho modelo se define un único punto de entrada de pacientes (identificación y evaluación de los mismos) que permita diagnosticar y redireccionar debidamente a los mismos. Uno de los principales hitos de este modelo es conseguir un plan de actuación personalizado para el paciente.

El público objetivo de dicho modelo es la tercera edad. Por lo tanto los tipos de enfermedades con las que tratar son principalmente déficit de movilidad y enfermedades crónicas.

Las principales responsabilidades del gestor de caso (pudiendo ser una enfermera, trabajador social, u otro tipo de profesional sanitario) en el modelo PRISMA son los siguientes:

1. Recepción y diagnóstico de los pacientes: a. Evaluación de las necesidades de los ciudadanos identificados como potenciales pacientes. b. Planificación de los servicios requeridos y elaborar un plan de servicios individualizado para el paciente.
2. Coordinación de servicios: a. Realización de trámites requeridos para poder suministrar al paciente los servicios planificados. b. Organización y coordinación de soporte a los servicios a suministrar. c. Coordinación multidisciplinar del personal sanitario responsable de suministrar los servicios planificados. (incluye reuniones periódicas para revisar el caso junto con los proveedores de servicios sanitarios implicados).
3. Monitorización y seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso.

Los resultados obtenidos en este modelo son:

- La implantación inicial del modelo PRISMA, y de su enfoque colaborativo y multidisciplinar, demostró mejorar los indicadores sanitarios en el territorio de Victoriaville, lo que significó su posterior difusión a otros territorios de Québec.
- Demostró ser un modelo muy efectivo dado que los servicios sanitarios a suministrar (incluyendo los servicios sociales) están integrados dentro del sistema sanitario público.
- No obstante, y para mayor efectividad del modelo colaborativo y multidisciplinar, es necesario pasar del escenario actual donde los servicios sanitarios están orientados a la estructura del sistema sanitario en sí a otro en el que la sanidad está orientada al paciente.

✓ **Reino Unido**

El Servicio Sanitario Nacional Británico, NHS, lleva instauradas las figuras del Gestor de Caso y Enfermera comunitaria (entre otras figuras de enfermería) desde hace años, habiendo estructurado el sistema sanitario para darle cabida y potenciar su rol.

La función de dichas figuras es la creación de un plan de servicios personalizado para el paciente a través de un proceso de diagnóstico único (Single Assessment Process (SAP)), y posterior coordinación de los servicios sanitarios detallados en dicho plan.

El público objetivo de dichas figuras abarca principalmente a los pacientes con enfermedades complejas, pero también a aquellos que están sufriendo repetidos ingresos hospitalarios o tienen mayor riesgo de empezar a sufrir hospitalizaciones.

La diferencia entre Gestora de Caso y Enfermera comunitaria es la siguiente:

- Gestora de caso: Da servicio a pacientes que sufren de una única enfermedad compleja y que requiere coordinación de servicios sanitarios. Normalmente son especialistas en dicha enfermedad.

- Enfermera comunitaria: Da servicio a pacientes que sufren varias enfermedades complejas de larga duración, estando en alto riesgo de hospitalizaciones no planificadas. Requieren de coordinación de servicios sanitarios de todo tipo así como una atención continua y personalizada de una enfermera

Las principales responsabilidades que comparten ambas figuras son:

1. Recepción y diagnóstico de los pacientes: a. Evaluación de las necesidades del paciente. b. Elaborar un plan de servicios personalizado para el paciente basándose en sus necesidades y preferencias. c. Prescribir tratamientos que, cubriendo sus necesidades, afecten en menor medida al paciente. d. Identificar aquellos pacientes con mayores posibilidades de reingreso. Predecir posibles complicaciones y adelantarse a ellos con un tratamiento preventivo.
2. Coordinación de servicios: a. Realización de trámites requeridos para poder suministrar al paciente los servicios planificados. b. Coordinación multidisciplinar del personal sanitario responsable de suministrar los servicios planificados. (Incluye reuniones periódicas para revisar el caso junto con los proveedores de servicios sanitarios implicados).
3. Monitorización y seguimiento del paciente a lo largo de todo el proceso

✓ **Estados Unidos**

Guided care es una iniciativa creada en la universidad Johns Hopkins de Baltimore (USA) entre 2002 y 2005 con el fin dar respuesta a las necesidades que surgen de los pacientes crónicos y complejos así como a las personas de edad avanzada a través de un modelo de cuidados integrados que fuese rápidamente exportable al resto del país.

El programa se basa en la creación de la figura de la Enfermera Gestora de Casos, que teniendo como base los centros de atención primaria, trabajará conjuntamente con los cuidadores (familia, agentes sociales...), proveedores de servicios sanitarios y el paciente en sí para mejorar su calidad de vida y ofrecer servicios sanitarios más eficientes

Esta iniciativa ha conseguido aumentar la calidad percibida por pacientes y personas que cuidan, disminuyendo el coste medio/paciente, los reingresos y las visitas a urgencias, en un 25%, un 49% y un 17%, respectivamente, respecto al modelo convencional, y aumentando la satisfacción de los profesionales.

6. CONCLUSIONES

Según los resultados obtenidos tras consultar la bibliografía existente en relación a la figura de la Enfermera Gestora de Casos queda fundamentada la eficacia y eficiencia de la misma dentro del sistema sanitario español. Esta herramienta ofrece un recurso adicional en la racionalización de la demanda y la frecuentación de los pacientes y sus cuidadores a los servicios sanitarios. La repercusión en la satisfacción de los destinatarios corrobora la pertinencia del modelo y aporta criterios de resultado en términos de la persona que recibe los servicios.

Así mismo, experiencias internacionales de referencia en la aplicación de modelos de gestión de casos dirigidos a personas con necesidades de cuidados de larga duración, o con condiciones crónicas complejas, muestran resultados muy esperanzadores respecto a las posibilidades que se derivan de la evolución de esta metodología.

En líneas generales, no hay una política común u homogénea en cuanto a la implantación de la Enfermera Gestora de Casos en las diferentes Comunidades Autónomas. En algunos casos se encuentran limitadas a la atención primaria, otras desarrollan su trabajo en el hospital y no en la comunidad, o como es el caso de Andalucía, donde se desarrolla el trabajo de gestión de casos en hospital y domicilio pero con figuras de enfermeras de enlace diferentes.

La investigación sobre la efectividad de la gestión de casos está condicionada por la diversidad señalada, lo que hace necesario un análisis diferenciado de las experiencias. De esta manera, las evidencias de efectividad son abundantes:

- Mejoras en la capacidad funcional, manejo de la medicación, reducción de institucionalizaciones y uso de servicios en población anciana.

- Reducción de ingresos en instituciones y días de estancia en personas con demencia.
- Mejoras en la adherencia al tratamiento, en la integración social y disminución de hospitalizaciones en personas con trastorno mental grave.
- Mejoras en el bienestar psicológico, calidad de vida y adherencia al tratamiento en personas con enfermedades oncológicas.
- Mejoras en los resultados clínicos, autopercepción de salud y satisfacción en personas con diabetes.
- Disminución de la mortalidad, ingresos hospitalarios, días de estancia y reingresos en personas con insuficiencia cardiaca.
- Mejoras en la accesibilidad, a través de la activación e implicación en el equipo asistencial de proveedores de servicios de trabajo social, fisioterapia, rehabilitación u otros.
- Mejora del estado de salud de la persona y de la familia, gracias a una mayor calidad de los cuidados y de la gestión de las prestaciones.
- Mejora de la satisfacción del usuario y de la familia.
- Fomento de la globalidad y continuidad de la atención, desburocratizando y unificando los sistemas sociales y sanitarios, lo cual favorece la agilidad del sistema.
- Optimizar y racionalizar el consumo de servicios, tanto sociales como sanitarios.

La Enfermera Gestora de Casos o Enfermera de Enlace como se denomina en otros Servicios de Salud es un recurso que aporta multitud de ventajas a la población, entre ellas la continuidad de cuidados al paciente, convirtiéndose este aspecto en un elemento necesario y fundamental en los diversos modelos y estrategias de atención a la cronicidad en la actualidad, así como en la gestión de casos complejos, aportando beneficios a los servicios de salud y permitiendo alcanzar uno de los objetivos esenciales en los servicios sanitarios como es una mejora de la calidad asistencial teniendo en cuenta la intervención costo-eficiente.

A pesar de la distinta denominación y distribución de la Enfermera Gestora de Casos en el Sistema Nacional de Salud, comparten unas funciones similares:

- Definir con el equipo de atención primaria el abordaje integral del paciente.
- Definir el plan de cuidados con metodología enfermera basada en una valoración biopsicosocial (patrones funcionales de Margory Gordon), un diagnóstico enfermero (NANDA), unos criterios de resultados (NOC), unas intervenciones específicas (NIC) y una evaluación periódica y constante.
- Valorar en profundidad la necesidad de las intervenciones de apoyo social y familiar facilitando los recursos, y haciendo un buen uso de los mismos.
- Trabajo de apoyo al cuidador principal: EPS, atención directa, etc., para generar una red de apoyo formal e informal adecuada.
- Fomento del autocuidado, prevención y promoción de la salud.
- Coordinación con los distintos niveles asistenciales.

Está ampliamente descrito en la bibliografía que el modelo de gestión de casos obtiene su respuesta más costo-efectiva en escenarios marcados por la alta complejidad (vulnerabilidad, barreras a la accesibilidad del ciudadano a las prestaciones y proveedores, desconocimiento de derechos y prestaciones, multiplicidad de proveedores implicados, incertidumbre en los procesos de toma de decisiones, ineficiencia de la red de soporte de cuidados, manejos terapéuticos ineficaces,...) y que cuando las necesidades clínicas son altas, la personalizada intensiva, y continua, intervención por profesionales de enfermería de gestión de casos puede mejorar la calidad de vida y los resultados en salud de estas personas.

Los pacientes crónicos de alta complejidad son los principales destinatarios de esta herramienta, ya que en ellos es donde se ha obtenido mejores beneficios para su salud, como para la reducción del gasto sanitario. (Anexo 1). Aquellos pacientes cuya condición actual requiere de un enfoque altamente individualizado y multidisciplinar, presentando normalmente una combinación de múltiples elementos de riesgo: comorbilidad, limitación de la capacidad funcional, plurimedicación, etc.

Su capacidad de autogestión es severamente limitada o inexistente por lo que requiere de un cuidado continuo, y por tanto es frecuente la presencia de pacientes institucionalizados en este nivel.

Sus características hacen necesario un enfoque de la atención totalmente personalizado en el que se coordinen múltiples agentes. (Figura 3).

Figura 3. Competencias de la Enfermera Gestora de Casos



Fuente: Servicio Canario de Salud.

7. LIMITACIONES Y SESGOS

Se precisa de la convergencia del sistema de protección de la salud y de los servicios sociales principalmente, y su eficacia y eficiencia dependa de la coordinación de ambos, asignatura pendiente en muchas comunidades de nuestro sistema sanitario.

Asimismo el usuario que precisa gestión de casos requiere un sistema de recursos con permeabilidad, flexibilidad, agilidad, bien conexas y con un sistema de financiación adecuada que considere la complejidad de la asistencia y consumo de recursos que conlleva.

El modelo por tanto precisa ser global, permeable, sectorizado y gradual. Lo cual significa que las Instituciones deben garantizar previamente la disponibilidad real de medios de salud y sociales, y la capacidad de su gestión por parte de la enfermera de Atención Primaria.

Debe existir también un reconocimiento institucional explícito para que la enfermera gestora tenga la suficiente autoridad para desenvolverse en el propio EAP, ante cualquier otro nivel de la institución y/o en otras instituciones. Esto facilitaría la asunción del rol por parte de las propias enfermeras, de los profesionales del equipo de Atención Primaria y de los centros de Atención Especializada y la creación de una cultura sanitaria de la figura del gestor de casos.

Es preciso además el desarrollo de normativa que capacite a la enfermera para movilizar los recursos, tanto sociales como sanitarios que considere oportunos y necesarios para llevar a cabo su gestión.

Es fundamental la coordinación con otros niveles asistenciales e institucionales. Se deberían elaborar protocolos de actuación y/o convenios de colaboración que comprometan a las instituciones implicadas en la factibilidad del modelo de gestión de casos.

La adecuada formación en la metodología de Gestión de Casos también es esencial. Esto favorecería la resistencia a la implantación de un modelo innovador, dando seguridad a los profesionales que van a llevarlo a cabo.

Por último para el correcto funcionamiento sería necesario la definición de ratios adecuados para la Enfermera Gestora de Casos.

8. PROBLEMAS ÉTICOS:

No se declara conflicto de intereses en el estudio. La presente investigación se realiza bajo el cumplimiento de:

- Ley Orgánica 5/1992, del 29 de octubre, de Regulación del Tratamiento Autorizado de los Datos de Carácter Personal, garantizado la confidencialidad de los mismos.
- Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de carácter Personal para cumplir con los requisitos legales.

En el caso de que posteriormente fuera preciso realizar algún estudio de campo se pediría antes de realizar la investigación la autorización del Gerente, Director de Enfermería y comité de ética, además de firmar la cláusula de confidencialidad.



9. BIBLIOGRAFÍA:

1. Nuño Solinís R, C. J. Guía para el desarrollo e implementación de herramientas de estratificación de riesgos.
2. INE. Evolución de la esperanza de vida al nacer. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2016.
3. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Centro de publicaciones. Madrid. 2012.
4. Asociación de Economía de la Salud. La sanidad pública ante la crisis: recomendaciones para una actuación pública sensata y responsable. AES; 2011.
5. Álvarez P, Romeo H. Consumo en Salud. Análisis mercadológico del comportamiento del consumidor sanitario [Tesis]. Universitat Autònoma de Barcelona. Departament de Pediatria, d'Obstetrícia i Ginecologia i de Medicina Preventiva; 2006.
6. Plan de atención a la cronicidad. Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Gobierno de Cantabria. Cantabria; 2015.
7. Blay C, Limón E. (Coord.) Bases para un modelo catalán de atención a las personas con necesidades complejas: conceptualización e introducción a los elementos operativos. [Internet.] Barcelona: Departament de Salut; 2016.
8. Gómez-Batiste X, Martínez-Muñoz M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X, et al. Prevalence and characteristics of patients with advanced chronic conditions in need of palliative care in the general population: a cross-sectional study. Palliat Med. 2014; 28:302-11.
9. Estrategia navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Gobierno de Navarra. 2013.
10. Miller CC, R. M. (2001). Risk stratification: A practical guide for clinicians. Cambridge University Press.

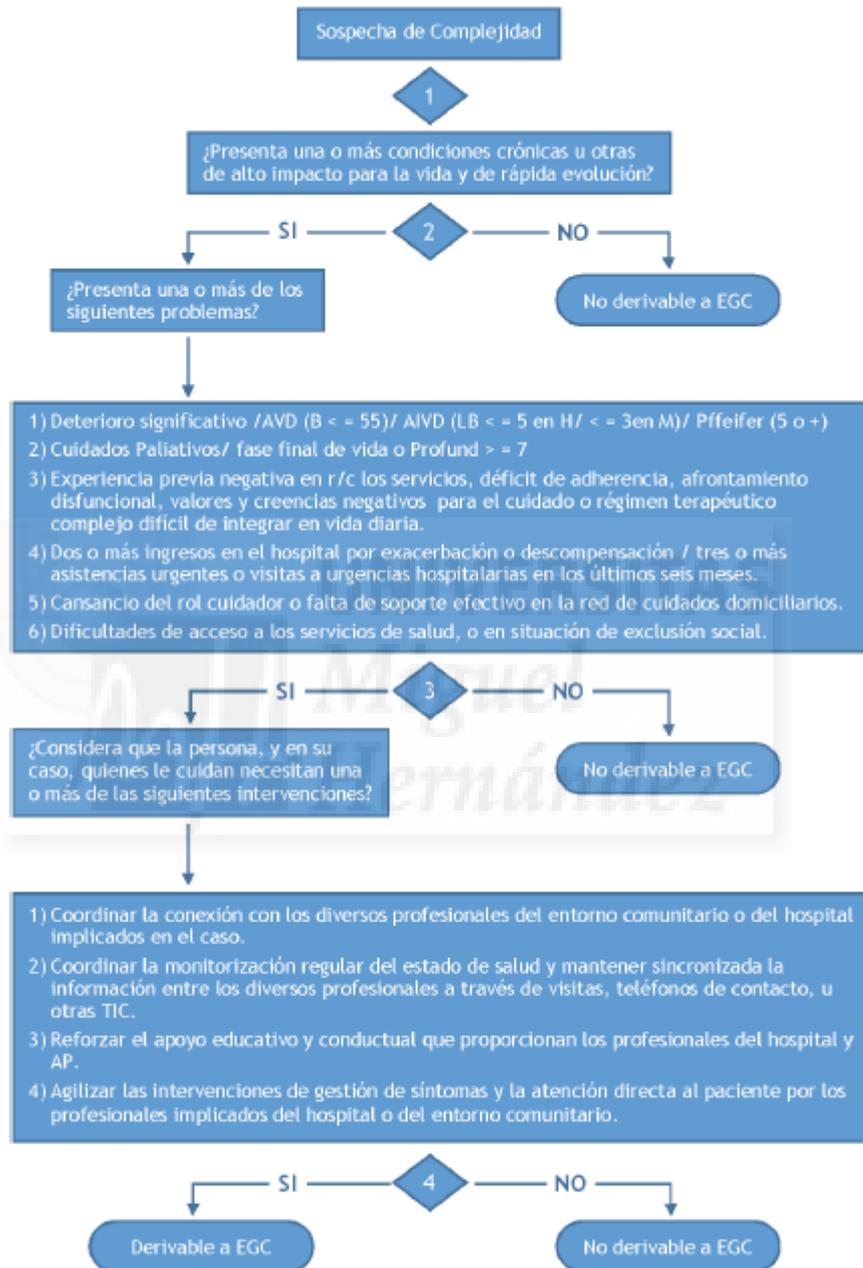
11. Hunter DJ. Bridging the Gap. Case management and Advocacy for People with Physical Handicaps. King's Fund Publishing office London; 1988: 105-110.
12. Ewers M, Schaeffer D. Case Management in Theorie und Praxis. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle; 2000.
13. Ross S, Curry N, Goodwin N. Case management, what it is and how it can best be implemented. Case management. 1st ed. London: King's Fund; 2011.
14. Case Management Society of America (CMSA). Standards of Practice for Case Management. 2010.
15. Sarabia Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Revista Zerbituan, [revista en Internet]. 2007 Dic [consultado 22 Julio 2018]; (42). Disponible en: <http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbituan/La%20gestion%20%20casos.pdf>.
16. Leonard M, Miller E, Llewellyn A. Nursing Case Management Review & Resource. Nursing case management. 4th ed. Silver Spring: MD: American Nurses Credentialing Center; 2012. p. Chapter 2.
17. Fraile Bravo M. Enfermeras gestoras de casos; ¿Esa gran desconocida? Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol. 2015;42(1):1-3.
18. Catalán Gil I. La enfermera gestora de casos en la gestión de pacientes crónicos. Trabajo fin de grado. Universidad pública de Navarra. 2014.
19. Batres Sicilia JP, Álvarez Tello M, Gallardo Santos P. De la precisión de los cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía. Adm Sanit. 2009;7:313-22.

20. Gala Fernández B, López Alonso SR, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. Index de Enfermería [Index Enferm] (edición digital) 2006 54.
21. Valverde Jimenez M. Enfermera Gestora de Casos del Servicio Murciano de Salud: Un año de puesta en marcha del programa. Enferm. glob.2014; 13: 57-69.
22. Bulechek GM, Butcher KK, Dochterman JM, Wagner C. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier 6.a edición.
23. Duarte G, Izquierdo MD, Pérez G, Artiles J, Aguirre A, Cueto M. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. Boletín Enfermería Comunitaria. 2002;8:27-28.
24. www.england.nhs.uk. Enhanced service specification risk profiling and care management scheme. [Internet]. 2014 [16 julio 2018]. Available from: <http://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2013/03/ess-all.pdf>
25. Modelo de atención y gestión de la cronicidad. Servicio Canario de Salud. Gobierno de Canarias. 2010.

11. ANEXOS:

ANEXO 1:

Diagrama de inclusión en el programa de enfermera gestora de casos.



Fuente: Servicio Andaluz de Salud.