

Análisis de la Enfermería en la Gestión de Casos

Resumen

La Gestión de Casos es una práctica avanzada de cuidados, mediante la cual se desarrolla un proceso de colaboración para satisfacer las necesidades de salud de personas con elevada complejidad clínica y/o necesidades de cuidados, así como de su entorno cuidador. La enfermera es la persona más idónea para llevar a cabo la gestión de casos, ya que promueve que se alcancen los objetivos previstos en el plan terapéutico, articulando la comunicación y recursos personales, profesionales y organizativos disponibles para promover resultados en salud de calidad y costo-efectivos. El propósito de este trabajo es describir la labor de la Enfermería en la Gestión de Casos (EGC) para identificar los beneficios que

aporta en el cuidado de los pacientes. Para ello, se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos más relevantes, obteniéndose como resultado que las Enfermeras Gestoras de Casos de Atención Primaria y Hospitalaria tienen funciones muy similares. Cabe destacar su labor de consenso con otros profesionales, consiguiendo así un mejor cuidado del paciente. Aun así, hay aspectos que deben mejorarse, como la cartera de servicios y la colaboración en los cuidados al paciente y la persona cuidadora.

Palabras clave:

Gestión, casos, enfermera, enlace, gestora, práctica, avanzada.

Nursing Analysis in Case Management

Abstract

Case management is an advanced care practice, through which a collaborative process is developed to meet the health needs of people with high clinical complexity and/or care needs, as well as their caregiver environment. The nurse is the best person to carry out the case management, as she promotes the achievement of the objectives planned in the therapeutic plan, articulating the communication and personal, professional and organizational resources available to promote quality health care and cost-effective outcomes. The purpose of this work is to describe the job of the Case Management Nurse (CMN) to identify the benefits that she provides in

the care of patients. To do this, an in-depth review has been carried out in the most relevant databases, resulting in the fact that the Primary and Hospital Care Nurses have very similar functions. It is important to highlight her consensus work with other professionals, therefore achieving better patient care. Even so, there are aspects that need to be improved, such as the variety of services and the collaboration in caring for the patient and caregiver.

Key words:

Management, case, nurse, liaison, advanced, practice.

Autora

Paola López Ramos

Enfermera. Centro de trabajo actual: Hospital "Huddersfield Royal Infirmary" (NHS), Reino Unido

Correspondencia

Paola López Ramos

 paola.lr.14@gmail.com

Centro de realización del artículo

Escuela Universitaria de Enfermería "Virgen de las Nieves", adscrita a la Universidad de Granada

Presentado como E-poster en el "I Congreso Internacional y VI Encuentros Hispano-Cubanos en Ciencias de la Salud", celebrado en Granada los días 9 y 10 de Marzo de 2016.

INTRODUCCIÓN

La disminución de la natalidad y el incremento de la esperanza de vida de la población producen un incremento de enfermedades crónicas e incapacitantes, lo que aumenta el número de pacientes dependientes, la mayoría ancianos, que necesitan cuidados específicos en domicilio, atención primaria o atención hospitalaria^{1,2}.

Las enfermedades crónicas en España suponen una importante carga, según se refleja en la Encuesta Nacional de Salud de 2011/2012. El 42,5% de los adultos encuestados afirmaba padecer algún proceso crónico. Son el mayor desafío actual para los servicios de salud, con un evidente fracaso de los modelos de atención convencionales que se traduce en hospitalizaciones evitables, fallos en la continuidad asistencial y resultados adversos para los pacientes³.

La continuidad de cuidados es fundamental en el proceso asistencial, pero presenta dificultades, ya que en cada uno de los niveles asistenciales (atención primaria, atención especializada y sociosanitaria) se actúa de forma aislada e independiente; por tanto, para atender al paciente de forma integral, deberíamos incorporar un profesional que actúe de forma coordinada con los servicios de salud⁴.

Para hacer frente a todos los cambios que se están dando en la población y para poder llevar a cabo una continuidad de cuidados en el paciente, es necesaria la figura de la Enfermera Gestora de Casos (EGC)⁴.

Según Virginia Henderson: *“La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesarios. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible”* (Alba MA, 2011)⁵.

Una vez definida la profesión enfermera, procedemos a aclarar “gestión de casos”. La American

Nurses Credentialing Center (ACNN) lo define como *“proceso de colaboración sistemático y dinámico para proveer y coordinar servicios sanitarios a una población determinada. Es decir, un proceso participativo para facilitar opciones y servicios que cubran las necesidades del paciente, al mismo tiempo que reduce la fragmentación y duplicación de servicios, mejorando la calidad y costo-efectividad de los resultados clínicos”* (Romero G, 2014)⁶.

La enfermera es la figura idónea para la gestión de casos, por su metodología de trabajo, formación e integración de los cuidados, y por su capacidad de gestión partiendo de la planificación a medio y largo plazo. La enfermera es muy próxima al paciente y a su familia, con conocimiento científico propio, adecuando la información y actuando en base a su misión, que es el cuidado⁴.

Una vez aclarados estos términos, definiremos la EGC, también llamada por distintos autores “Enfermera de Enlace”, “Enfermera Comunitaria de Enlace” o “Enfermera Comunitaria de Práctica Avanzada”: profesional que valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y los recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y resulten costoefectivos. Recoge información específica sobre las necesidades de las personas enfermas, identifica los problemas, diseña un plan de intervención y coordina las actividades y necesidades con los profesionales y familiares implicados, para alcanzar los objetivos asistenciales, movilizandolos recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y de la persona cuidadora^{7,8}.

La figura de la EGC se encarga de los pacientes de alta complejidad, según la pirámide de Kaiser. Según el modelo sanitario de cada comunidad y los recursos disponibles existen diferentes modelos de gestión de casos, pero la esencia es la misma en toda España^{9,10}.



Figura 1. Gestión de población: modelo pirámide de riesgo. (Fuente: Manuel Ollero, 2009)

La enfermera de enlace, como se llamaba anteriormente, puede centrar su trabajo en atención primaria o en el ámbito hospitalario. La EGC de atención primaria potencia la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales en el equipo de atención primaria con los profesionales de atención especializada. La EGC Hospitalaria asegura la continuidad asistencial dando una respuesta coordinada y única con otros profesionales, que proporciona asistencia al paciente y apoyo a la persona cuidadora con el fin de disminuir las descompensaciones, reducir la frecuentación en los centros y los reingresos, y poder mantener períodos de estabilidad más largos en el domicilio ⁷.

La EGC no es algo nuevo, pero sí una gran desconocida. No está presente en todas las comunidades autónomas, Canarias realizó el primer proyecto piloto para su incorporación en el año 1994, pero las primeras descripciones referenciadas en la literatura sobre enfermera de enlace de salud mental aparecen en 1963 y 1964 de la mano de Peplau y Johnson, y más tarde en los años setenta en el Reino Unido, en la atención a pacientes psiquiátricos. En 1999 se incorporaron las enfermeras comunitarias de enlace de Canarias, que se centraban en mejorar la comunicación de las organizaciones hospitalarias con los servicios de Atención Primaria ¹¹.

Actualmente, Andalucía es la región que más desarrollado tiene el modelo de gestión de casos, implantado en todo el sistema público andaluz en 2002 como parte del desarrollo del Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas, que hizo posible la introducción de esta figura como parte de una estrategia para mejorar la atención domiciliaria. En su capítulo VII establece la promoción de unas medidas a favor de los mayores y personas discapacitadas, entre las que se encuentran potenciar y mejorar los cuidados a domicilio. Como novedad importante, se le daba autoridad por primera vez a la enfermera, junto con el médico, para la indicación y activación del servicio. Este fue el punto de partida para el desarrollo de un modelo de gestión de casos basado en una práctica enfermera avanzada. Este decreto surgió como respuesta a unos cambios sociodemográficos y de salud que estaba y está sufriendo la sociedad andaluza y que repercuten sobre las necesidades y demandas de salud general: aumento de la esperanza de vida y de la cronicidad, aumento de la dependencia, modificación de la estructura familiar y redes de apoyo social, cambio en los patrones de utilización hospitalaria, uso creciente de tecnologías en el domicilio, etc., haciendo especial énfasis en la demanda de cuidados domiciliarios. Estos cambios aumentan el número de personas que muestran importantes necesidades de cuidados domiciliarios. Estas necesidades, sumadas a

las surgidas de la reducción de las estancias hospitalarias, hacen que los cuidados en domicilio sean cada vez más especializados y requieran mayor uso de nuevas tecnologías ^{6,11}.

Dado el incremento de los pacientes con enfermedades crónicas e incapacitantes en nuestro entorno creo que es importante profundizar en este tema, ya que cada vez es mayor el número de personas que necesitan la figura de la EGC. Al vivir más años, las personas se convierten en pacientes pluripatológicos. Además, se tiende a disminuir las estancias hospitalarias cada vez más, por lo que se hacen necesarios cuidados en el domicilio que coordina la EGC. Con la aparición de esta figura se ha conseguido una disminución de la mortalidad y de los reingresos ¹².

Pregunta de investigación: ¿la EGC aporta beneficios al cuidado de los pacientes?

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Describir la labor de la EGC.

Objetivos específicos:

1. Comparar la función de la EGC de Atención Primaria y de Atención Hospitalaria.
2. Analizar las aportaciones más relevantes de la EGC al paciente.
3. Identificar los aspectos de mejora de la atención prestada al paciente por la EGC.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica utilizando las siguientes fuentes:

a) Bases de datos:

- PubMed.
- CUIDEN.
- SCIELO.
- WEB OF SCIENCE.

b) Páginas Webs de organismos oficiales:

- Jornadas Nacionales de Enfermeras Gestoras (<http://www.25supervisionenfermeria.com/>).
- Ministerio de Sanidad.
- Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía (BVSSPA).
- Servicio Andaluz de Salud (SAS).

c) Revistas electrónicas:

- Index de Enfermería.
- Enfermería Global.
- Revista Clínica Española.
- Revista de Administración Sanitaria.
- Enfermería Clínica.
- ROL de Enfermería.

Se utilizó la terminología en salud consultada en los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y en Medical Subject Headings (MeSH/PubMed), que identificó los siguientes **descriptores**: “gestión”, “casos”, “enfermera”, “enlace”, “gestora”, “práctica”, “avanzada”. Se ha utilizado el **operador booleano**: “AND”.

Límites de búsqueda: artículos desde el año 2006 hasta el año 2016, que contuvieran resumen y fueran textos de libre acceso.

Criterios de inclusión: solo fueron aceptados artículos que se centraran en la gestión de casos en España y, concretamente, en Andalucía. Por ello, todos los artículos fueron españoles.

Criterios de exclusión: artículos con más de 9 años de antigüedad y artículos que describan la gestión de casos fuera de España, ya que en los países extranjeros esta enfermera tiene funciones diferentes.

Para el análisis de la información, los documentos encontrados se han agrupado en artículos de revistas sanitarias, estudios cualitativos, libros y guías sanitarias. Así, se han encontrado un total de 32 documentos, de los cuales **se han seleccionado 21**. Se tratan de 7 artículos de revistas sanitarias, 7 estudios cualitativos, 1 libro y 6 guías sanitarias.

Tras la búsqueda, todos los documentos fueron leídos y evaluados, recopilando aportaciones y conclusiones actuales sobre el tema que nos ocupa. De igual forma, se hace referencia en este trabajo a otros estudios más antiguos, por su gran trascendencia en el tema.

RESULTADOS

Objetivo 1: “Comparar la función de la EGC de atención primaria y de atención hospitalaria”

A. Actividades similares de la EGC de Atención Primaria y Atención Hospitalaria

1. **Mantener y mejorar la calidad de vida** de:

- Toda persona incapacitada y/o de riesgo.
- Cuidadoras principales de estos pacientes.^{12,13,14,15,16,17}

2. Garantizar el uso adecuado del material de ayudas técnicas para el cuidado.^{12,13,14,15,16,17}

3. **Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera** en la continuidad de cuidados interniveles.^{12,13,14,15,16,17}

4. **Captación de la población diana**.^{12,13,14,15,16,17}

5. Llevar a cabo **talleres de apoyo para las cuidadoras** y ofertar servicios de apoyo a éstas.^{12,13,14,15,16,17}

6. **Participar en actividades de formación**: sesiones clínicas, revisión protocolos, investigaciones y guías de práctica clínica.^{12,13,14,15,16,17}

7. **Coordinación** con las Enfermeras de los Equipos de Salud Mental.^{12,13,14,15,16,17}

8. **Gestión del material** de apoyo, en domicilio o si el alta hospitalaria depende de dicho material.^{12,13,14,15,16,17}

9. **Facilitar la gestión de ayudas** técnicas y recursos especiales como oxigenoterapia, ayudas ortoprotésicas y nutrición enteral.^{12,13,14,15,16,17}

10. Oferta de **seguimiento telefónico** (Salud Responde, telecontinuidad).^{12,13,14,15,16,17}

11. **Facilita la coordinación** entre los profesionales de los distintos niveles y sectores, potenciando una respuesta única y más eficiente para la atención integral a la salud de la población y de sus cuidadores, ya sea en domicilio o antes del alta hospitalaria.^{12,13,14,15,16,17}

12. **Coordinar cuidados** con otros profesionales para llevar a cabo el plan asistencial, ya sea en su centro de salud o durante la estancia hospitalaria.^{12,13,14,15,16,17}

13. **Apoyar a la enfermera responsable** del paciente en el desarrollo del plan de cuidados establecido, ya sea en domicilio, su centro de salud o en hospital.^{12,13,14,15,16,17}

B. Actividades en las que difieren la EGC de Atención Primaria y la EGC de Atención Hospitalaria

EGC de Atención Primaria:

1. **Población diana**: personas que necesitan atención a domicilio y su cuidador.^{13,14,15,16,17,18}

2. Facilitar la mejora de la Atención Domiciliaria al Equipo de Atención Primaria.^{13,14,15,16,17,18}

3. **Mejorar la coordinación**:

- Del equipo de Atención Primaria con la red social.
- Con otros niveles asistenciales, como elemento de garantía de la continuidad de cuidados.^{13,14,15,16,17,18}

4. **Consensuar** modelos de actuación para la mejora de la Atención Domiciliaria.^{13,14,15,16,17,18}

5. **Valoración y petición del material de ayuda** según protocolo junto con trabajador social. 13,14,15,16,17,18
6. Dentro del Plan de Mejora de Atención a Personas Cuidadoras, administración de la **tarjeta "+ CUIDADO"** a cuidadores. 13,14,15,16,17,18



(Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2009)

EGC de Atención Hospitalaria:

1. **Población diana:** personas ingresadas en el hospital y su cuidador. 13,14,15,16,17,18
2. **Potenciar la coordinación** de la atención integral durante la estancia hospitalaria. 13,14,15,16,17,18
3. **Mejorar la continuidad de cuidados** durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria. 13,14,15,16,17,18
4. **Coordinación de actuación** con médicos y enfermeras responsables. 13,14,15,16,17,18
5. **Participación** en:
 - Coordinación de **ingresos** solicitados desde Atención Primaria.
 - Elaboración del **informe de continuidad de cuidados** junto con la enfermera referente del paciente. 13,14,15,16,17,18
6. **Gestión de citas y servicios pendientes previos al alta**, en coordinación con Admisión y Gestoría de Usuarios. 13,14,15,16,17,18
7. **Planificación del alta** de pacientes con grandes necesidades de cuidados, junto con las EGC de Atención Primaria. 13,14,15,16,17,18
8. Dentro del Plan de Mejora de la Atención a Cuidadoras de Grandes Discapacitados en Atención Especializada, administración de la **tarjeta "cuidar a los que cuidan"** a cuidadores. 13,14,15,16,17,18



(Consejería de Salud, Junta de Andalucía, 2009)

Objetivo 2: "Analizar las aportaciones más relevantes de la EGC al paciente"

Entre las aportaciones más relevantes de la EGC, cabe destacar:

1. **Recoger información** específica sobre las necesidades de los usuarios 11,19.
2. **Valoración** completa y sistematizada del usuario, cuidador/a y familia para identificar los problemas prioritarios y proponer un plan de intervención 11,19.
3. **Coordinar** recursos y actividades para resolver los problemas y conectar la atención prestada en los centros de salud con los diferentes niveles asistenciales y dispositivos relacionados 11,19.
4. **Buscar acuerdos** con los profesionales y familiares implicados 11,19.
5. **Negociación** como herramienta principal, en los equipos de los profesionales implicados, como en las reuniones formales e informales con los familiares, para coordinar conjuntamente la gestión del caso 11,19.
6. **Prestación de recursos de material de ayudas técnicas** (camas articuladas eléctricas, colchones antiescaras, grúas, cojines antiescaras, elevadores de plano, etc.) 11,13,19.
7. **Atención a las cuidadoras:** programas para la formación y el asesoramiento en habilidades básicas para el cuidado, manejo de problemas de afrontamiento, información sobre servicios de apoyo, mejora de la autoestima, etc 14,19.
8. **Trabajo multidisciplinar y en equipo**, tanto en el centro de salud como en el intersectorial con

redes formales e informales, que está obligada a conocer para una óptima coordinación de recursos. Así surgen estrategias de mejora coste-efectivas entre enfermeras gestoras y trabajadoras sociales^{11,19}.

9. Labor de **docencia**^{11,19}.

10. Labor de **investigación**^{11,19}.

Así, esta enfermera debe tener habilidades en comunicación, gestión de un equipo de trabajo (sobre todo en planificación y organización), negociación y capacidad para adaptarse a situaciones nuevas^{11,19,20}.

Objetivo 3: “Identificar los aspectos de mejora de la atención prestada al paciente por la EGC”

Aspectos de mejora:

1. **Cartera de servicios.** Se debería avanzar hacia una identificación clara y coherente, donde tenga cabida la atención a personas con: procesos crónicos complejos, alta variabilidad en la evolución de su proceso, elevado consumo de recursos, factores sociales de riesgo y necesidad de atención de múltiples factores y en diferentes entornos¹¹.
2. **Colaboración en los cuidados y proporción de la atención sanitaria.** La evidencia científica ha demostrado que la gestión de los cuidados de las personas con necesidades asistenciales complejas mejora notablemente con la Enfermera Gestora de Casos¹¹.

DISCUSIÓN

La EGC es una figura muy importante en el cuidado de pacientes complejos y sigue siendo una gran desconocida en la actualidad. Por este motivo se ha realizado este trabajo.

Tanto la EGC de Atención Primaria como la Hospitalaria tienen labores, objetivos y actividades muy similares, aunque trabajen en ámbitos diferentes. En la mayoría de los artículos revisados se confirman los beneficios que aporta esta figura al sistema sanitario y cómo ayuda a combatir la sobrecarga de éste. Beneficios tales como continuidad asistencial, mejor acceso a recursos, disminución de la carga de la persona cuidadora, accesibilidad a servicios asistenciales, mejora significativa de la autonomía del paciente, mejora del régimen terapéutico, disminución de la frecuentación al centro de salud de las personas cuidadoras y mejora de la activación de proveedores de servicios como trabajo social, fisioterapia y reha-

bilitación. En general, la EGC mejora la atención de casos complejos y de sus cuidadores^{14,15}.

La EGC de Atención Primaria, también facilita la atención del paciente en su domicilio, actuando tanto en tecnologías como en profesionales. Ambas EGC se encargan de la valoración integral del paciente y el posterior plan de cuidados, que luego consensuarán con la enfermera de familia en el ámbito de Atención Primaria o con la enfermera referente en el ámbito Hospitalario^{14,15,19}.

La EGC de Atención Primaria puede administrar a la persona cuidadora la tarjeta “+ CUIDADO” para facilitarle el paso por los distintos servicios sanitarios. Así, serán atendidos de manera preferente en consultas de Centro de Salud, Centros Periféricos de Especialidades y Hospitales y tendrán una mejora de la atención con: material de apoyo a domicilio, acompañamiento familiar en urgencias, atención a las necesidades básicas del cuidador en las estancias hospitalarias y prevención del Síndrome Confusional o delirio en urgencias¹⁶.

La EGC Hospitalaria puede administrar a la persona cuidadora la tarjeta “cuidar a los que cuidan”, a través de la cual se le facilita información a la persona cuidadora y otros beneficios como favorecer su descanso, agilizar citas y pruebas, disminuir tiempos de espera, trato preferente en las urgencias hospitalarias, proporcionarle cuidados de salud sobre el paciente y proporcionarle dieta durante la estancia hospitalaria¹⁷.

Según el Manual de la Gestión de Casos en Andalucía, la gestión de casos es un proceso que está dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas y diseñar un plan de intervención, por lo que implica la realización de una valoración completa y sistematizada del usuario, cuidador/a y familia para identificar los problemas prioritarios y proponer un plan de intervención, identificando y usando todos los recursos necesarios para resolverlos, coordinando estos y las actividades y buscando acuerdos con los profesionales y familiares implicados. Tras identificar los recursos a movilizar, el nivel asistencial y el profesional más adecuado para resolver las necesidades en el domicilio, se acordará con los diferentes profesionales el plan de cuidados que requiere el usuario y su familia y/o cuidador/a^{11,19,21}.

La negociación es la herramienta principal de la EGC, tanto en los equipos de los profesionales implicados, como en las reuniones con los familiares, para coordinar conjuntamente la gestión del caso concreto. La enfermera vigilará y supervisará que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial, coordinándose con los diferentes profe-

sionales implicados en el caso: Atención Primaria, atención hospitalaria, sector social (público y privado), asociaciones de enfermos, etc ^{11,19,21}.

Una de las áreas de intervención que más satisfacción genera en la población atendida es la relacionada con la prestación de recursos de material de ayudas técnicas, tanto las que están dentro de las prestaciones del Servicio Andaluz de Salud como las pertenecientes al Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas (camas articuladas, colchones y cojines antiescaras, grúas, etc.) que permiten garantizar esa atención integral y continuada, que resuelva las necesidades de cuidados de paciente, familia y cuidadora ^{11,19,21}.

Dentro de este plan, el Servicio Andaluz de Salud pone a disposición de todos los usuarios del sistema sanitario público andaluz material de apoyo para el cuidado en el domicilio. Como el material de apoyo del que disponen los Distritos Sanitarios es limitado, es necesario asignarlo de manera priorizada, comenzando por pacientes con necesidades de cuidados más complejos y con mayor dificultad para el acceso a este material. La prioridad de asignación se realiza a través de una ponderación orientativa, y es el gestor del material en cada Distrito (coordinador de enfermería) el que gestiona la asignación dependiendo de la situación de los pacientes valorados, de su cuidadora y del material disponible ^{13,20,21}.

La atención a las cuidadoras es otro de los ejes incorporados que, además de la valoración integral de sus necesidades y del establecimiento de un plan de cuidados, se complementa con programas de atención para la formación y el asesoramiento en habilidades básicas para el cuidado, manejo de problemas de afrontamiento, mejora de la autoestima, etc ^{14,18,19,21}.

La EGC incorpora dos características a su práctica avanzada: la de la coordinación, conectando la atención prestada en los centros de salud con los diferentes niveles asistenciales y dispositivos relacionados; y el trabajo multidisciplinar y en equipo, tanto en el centro de salud como en el intersectorial con redes formales e informales. Así surgen estrategias de mejora coste-efectivas entre enfermeras gestoras y trabajadoras sociales. Esta enfermera debe tener habilidades en comunicación, gestión de un equipo de trabajo (sobre todo en planificación y organización), negociación y capacidad para adaptarse a situaciones nuevas ^{11,18,19,21}.

En Andalucía se realizó el estudio ENMAD (Efectividad de Nuevo Modelo de Atención Domiciliaria), en el que se demostró que la labor de las Enfermeras Gestoras de Casos es un factor fundamental, contribuyendo con una mejora significativa en la atención

que reciben los pacientes inmovilizados y terminales y sus cuidadoras, así como altas hospitalarias ¹¹.

La labor de la EGC debería avanzar hacia una identificación clara y coherente de la cartera de servicios, donde tenga cabida la atención a personas con: procesos crónicos complejos, alta variabilidad en la evolución de su proceso, elevado consumo de recursos, factores sociales de riesgo y necesidad de atención de múltiples actores y en diferentes entornos ^{11,21}.

La evidencia científica ha demostrado que la gestión de los cuidados de las personas con necesidades asistenciales complejas mejora cuando hay una persona clave (la EGC) colaborando en estos cuidados y proporcionando la atención sanitaria.¹¹.

He encontrado algunas limitaciones al realizar esta revisión bibliográfica, ya que no he hallado con facilidad algunos documentos, como los que describieran más extensamente los aspectos de mejora de la atención prestada al paciente por parte de la EGC. Además, el tema de este trabajo es muy amplio, por lo que no me ha sido posible profundizar en algunos temas tanto como me habría gustado. Aunque algunos documentos tienen 9 años de antigüedad, no he podido encontrar un artículo más actual en el que se reflejara la misma información, por lo que he considerado esencial utilizarlos.

En mi opinión, estudios posteriores deberían profundizar en los aspectos de mejora de la atención de la EGC prestada al paciente y la persona cuidadora, y cómo mejorarlos para aumentar la calidad de estos cuidados prestados.

CONCLUSIONES

1. La EGC aporta numerosos beneficios que hacen que el cuidado de los pacientes sea de una mayor calidad, tanto para el propio paciente como para la persona cuidadora.
2. A pesar de trabajar en ámbitos distintos, la EGC de Atención Primaria y la Hospitalaria tienen unas funciones muy similares.
3. Las funciones más importantes de la EGC son la labor de consenso con otros profesionales y la coordinación de recursos y actividades, necesarias para un mejor cuidado del paciente y la persona cuidadora.
4. En cuanto a la labor de la EGC, se deben introducir mejoras respecto a la cartera de servicios y la colaboración en los cuidados a los pacientes y personas cuidadoras.

DISCUSSION

The CMN is a very important figure in the care of complex patients and is still a large unknown at present. For this reason this work has been done.

Primary (PCMN) and Hospital Care Management Nurse (HCMN) have very similar tasks, objectives and activities, even if they work in different areas. Most of the articles reviewed confirm the benefits of this figure to the health system and how it helps to combat the overload. Benefits such as continuity of care, better access to resources, reduction of the caregiver's burden, accessibility of care services, significant improvement of patient autonomy, improvement of the therapeutic regimen, decreased attendance at the health center of caregivers and improved activation of service providers such as social work, physiotherapy and rehabilitation. In general, Case Management Nurse (CMN) improves the care of complex cases and their caregivers^{14,15}. PCMN also facilitates patient care at home, acting in both technologies and professionals. Both nurses are in charge of the comprehensive assessment of the patient and the subsequent care plan, which will then be agreed with the Family Nurse in the Primary Care area or with the Referring Nurse in the Hospital area^{14,15,19}.

PCMN can give to the caregiver the "+ CARE" card to facilitate the passage through the different health services. They will be preferably served in consultations of Health Center, Peripheral Centers of Specialties and Hospitals and they will have an improvement of the attention with: material of support at home, family accompaniment in emergencies, attention to the basic needs of the caregiver in the hospital stays and Prevention of Confusion Syndrome or delirium in the emergency room¹⁶.

HCMN can administer to the caregiver the "caring for the caregivers" card, through which information is provided to the caregiver and other benefits such as encouraging rest, expediting appointments and tests, reducing waiting times, Preferential treatment in hospital emergencies, provide health care to the patient and provide diet during the stay¹⁷.

According to the Handbook of Case Management in Andalusia, case management is a process aimed at collecting specific information about the needs of users, identifying problems and designing an intervention plan, which implies the implementation of a comprehensive and systematized assessment of the user, caregiver and family to identify priority problems and propose an intervention plan, identifying and using all the necessary resources to solve them, coordinating these and activities and seeking agreements with professionals and family members

involved. After identifying the resources to be mobilized, the level of care and the most appropriate professional to solve the needs in the home, will agree with the different professionals the care plan required by the user and his / her family and / or caregiver^{11,19,21}. Negotiation is the main tool of the CMN, both in the teams of the professionals involved as well as in the meetings with the relatives to co-ordinate the management of the concrete case. The nurse will monitor and supervise that the patient reaches the objectives planned in his care plan, coordinating with the different professionals involved in the case: Primary Care, Hospital Care, social sector (public and private), associations of patients, etc^{11,19,21}.

One of the areas of intervention that generates the greatest satisfaction in the population served is that related to the provision of technical aids material, both those that are within the benefits of the Andalusian Health Service and those belonging to the Support Plan for the Andalusian families (articulated beds, anti-decubitus mattresses and cushions, cranes, etc.) that guarantee that integral and continuous care, that solves the needs of care of patient, family and caregiver^{11,19,21}.

Within this plan, the Andalusian Health Service makes available to all users of the Andalusian public health system support material for home care. As the support material available to the Sanitary Districts is limited, it is necessary to prioritize it, beginning with patients with more complex care needs and with greater difficulty in accessing this material. The assignment priority is made through an orientative assessment and it is the material manager in each District (nursing coordinator) who manages the assignment depending on the situation of the assessed patients, their caregiver and the material available^{13,20,21}.

Care for caregivers is another objective that, in addition to the comprehensive assessment of their needs and the establishment of a care plan, is complemented by programs of care for training and advice on basic skills for care, management of coping problems, improving self-esteem, etc^{14,18,19,21}.

The CMN incorporates two characteristics to her advanced practice: coordination, connecting the care provided in the health centers with the different levels of care and related devices; and multidisciplinary and team work, both in the health center and in the intersectoral with formal and informal networks. Thus cost-effective improvement strategies emerge between CMN and social workers. This nurse must have skills in communication, management of a work team (especially in planning and organization), negotiation and ability to adapt to new situations^{11,18,19,21}.

In Andalusia the ENMAD (Effectiveness of New Home Care Model) study was carried out, in which it was demonstrated that the work of CMN is a fundamental factor, contributing with a significant improvement in the care that immobilized and terminal patients and their caregivers receive, and hospital discharges ¹¹.

The work of the CMN should move towards a clear and coherent identification of the variety of services, where attention is given to people with: complex chronic processes, high variability in the evolution of their process, high consumption of resources, social risk factors and the need for attention of multiple actors and in different environments ^{11,21}.

Scientific evidence has shown that the management of the care of people with complex care needs improves when there is a key person (CMN) collaborating in these care and providing care ¹¹.

I found some limitations in this in-depth review because it was not easy to find some documents, such as those that more extensively describe the aspects of improvement of care given to the patient by the CMN.

In addition, the subject of this work is very broad, so I have not been able to delve into some issues as much as I would have liked.

Although some documents are 9 years old, I could not find a more current article that reflected the same information, so I considered essential to use them.

In my opinion, further studies should focus on the aspects of improving CMN care provided to the patient and caregiver, and how to improve them to increase the quality of care provided.

CONCLUSIONS

1. CMN provides many benefits that make the care of patients of a higher quality, both for the patient and the caregiver.
2. Despite working in different areas, CMN of Primary Care and CMN of Hospital Care have very similar functions.
3. The most important functions of the CMN are the work of consensus with other professionals and the coordination of resources and activities, necessary for a better care of the patient and the caregiver.
4. With regard to the work of the CMN, improvements should be made regarding the variety of services and collaboration in the care of patients and caregivers.

BIBLIOGRAFÍA

1. Medina A, Cañas 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". Rev Index 2008; 4(2): 3-17.
2. Ruiz J, Rabadán A, Fernández A. IV Plan Andaluz de Salud. 2013 [fecha de acceso: 15 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.andaluciasana.es/PAS/links/IV_PAS_v9.pdf
3. Morales-Asencio JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbres. Enferm Clin. 2014; 24(1): 23-32.
4. García-Abad MP. Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados. Rev Reduca 2010; 2 (1): 871-889.
5. Alba MA, Bellido JC, Cárdenas V, Ibáñez J, López A, Millán MD, Fernández S, García MD, Garrido IM, Ramos AJ, Ríos A, Rodríguez MC. Proceso Enfermero desde el modelo de cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN. 1ª ed. España; 2011.
6. Romero G. La gestión de casos en enfermería, una gran desconocida. 2014 [fecha de acceso: 16 de marzo de 2015]. Disponible en: http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/1939-la-gesti%C3%B3n-de-casos-en-enfermer%C3%A1-Da-una-gran-desconocida#.VQhFoY6G_Ic
7. Ruiz A, Barón B, Domingo C, Sánchez M, Salazar RM, Gómez Y. Proceso asistencial de pacientes con enfermedades crónicas complejas y pluripatológicos. Rev Clínica Española 2013 [fecha de acceso: 4 de enero de 2016] Disponible en: <http://www.fesemi.org/documentos/1385470163/publicaciones/guias/proceso-asistencial-enfermedades-cronicas-complejas.pdf>
8. Leyva-Moral JM. Gestión de casos. Aproximación teórica. Rev ROL Enf 2008; 31(4): 259-264.
9. Contel JC, Esgueva N, Espelt MP, Fabrellas N, López RM, Marichal M, Monsó C, Ondiviela A. Unitats d'atenció a la complexitat clínica als equips de salut. 2010 [fecha de acceso: 11 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.gencat.cat/ics/professionals/pdf/gestio_casos.pdf
10. Santoyo R, Romero C, Cabanillas A. Enfermeras gestoras en atención domiciliaria. Gestión del

paciente complejo. Abordaje integral del modelo de la pirámide de Kaiser. 2012 [fecha de acceso: 11 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/157385/637798/1.1.Enfermeras_Gestoras_de_Casos.pdf

11. Batres JP, Álvarez M, Gallardo P. 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.
12. Valverde MR, Hernández MA. Modelo de gestión de casos e investigación. *Enfermería Global* 2012; 26: 246-250.
13. Protocolos de asignación de material de ayuda para los cuidados en el domicilio. 2006 [fecha de acceso: 10 de enero de 2016]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/gestioncalidad/AyudaDomicilio/ProtAsigMaterialAyuda200609.pdf>
14. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria. 2007 [fecha de acceso: 10 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=.../contenidos/gestioncalidad/Manual%20Gesti%F3n%20Casos%20en%20Andaluc%EDa%20Atenci%F3n%20Primaria.pdf>
15. Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en el hospital. 2006 [fecha de acceso: 10 de enero de 2015]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0246.pdf>
16. Tarjeta + cuidado. Tarjeta de Identificación personal para el Plan de Atención a Personas Cuidadoras. 2011 [fecha de acceso: 25 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Informacion_General/c_3_c_1_vida_sana/dependencia/tarjeta_mas_cuidado
17. Gorlat B, Martín M, Alcántara C, Calle MJ, Cuelto E, González L, Quero A, Nieto RM, Olea V, Rivas A, Salvador MI, Sánchez E. Plan funcional de personas cuidadoras en el hospital universitario virgen de las nieves de granada. 2010 [fecha de acceso: 25 de mayo de 2015]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/plan_funcional_definitivo_con_isbn_del_pch.pdf
18. García-Fernández FP, Arrabal MJ, Rodríguez MC, Gila C, Carrascosa I, Laguna JM. Influencia de las enfermeras gestoras de casos en la calidad de vida de las cuidadoras de pacientes pluripatológicos. *Gerokomos* 2014; 25(2). http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-928X2014000200004&script=sci_arttext
19. Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA. 2012 [fecha de acceso: 9 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=.../contenidos/gestioncalidad/DesarrolloCompetencial.pdf>
20. Gorrindo P, Simón P. Gestión de casos en tuberculosis. Aportación de Enfermería. 2013 [fecha de acceso: 12 de mayo de 2015]. Disponible en: <http://www.aspb.cat/uitb/docs2/psimon.pdf>
21. Álvarez M, Brea MT, Cubillo G, Cuevas M, Duarte M, Gala B, Navarro MD, Pérez AM, Perteguer I, Rivas A, Morales JM, González F, Rodríguez M, Padilla C. Modelo de gestión de casos en el SSPA. 2010 [fecha de acceso: 9 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.asanec.es/pdf/borrador%20del%20Nuevo%20Modelo%20de%20Gestion%20de%20Casos%20de%20SSPA%20.pdf>

Servicio Andaluz de Salud

Plazas OFERTA EXTRAORDINARIA 2017 de ESTABILIZACIÓN

614 Celador-Conductor

Ser funcionario o acreditar tu experiencia profesional es ahora más fácil ¡Conócenos!

www.temariosoposiciones.com

