

Enfermera gestora de casos: clave para la continuidad de cuidados

M^a Pilar García-Abad Martínez

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
pgarciabad@yahoo.es

Tutor

Enrique Pacheco del Cerro

E. U. de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad Complutense de Madrid.
Ciudad Universitaria. 28040. Madrid.
quique@enf.ucm.es

Resumen: Hasta ahora se ha hablado mucho sobre la necesidad de coordinación entre Atención Primaria y Atención Especializada, pero siguen existiendo dificultades para poder llevarla a cabo. Hay muchas razones de especial relevancia que expongo en el proyecto, que justifican la necesidad de investigar en el análisis de la continuidad entre los diferentes niveles asistenciales. Con la realización de este estudio y considerando el modelo elegido por otras comunidades autónomas, se pretende demostrar la necesidad de crear en el área I de Salud de la Comunidad de Madrid, la figura de la Enfermera Gestora de Casos con el fin de garantizar la continuidad de cuidados. Se hará una investigación cualitativa, mediante el diseño de grupo utilizando la técnica de Panel de Expertos.

Palabras clave: Continuidad de cuidados. Coordinación interniveles asistenciales. Enfermera gestora de casos. Atención integral. Calidad percibida por el usuario.

Abstract: Too many things have been said so far about the coordination necessity between Primary Attention and Specialized Attention, but at this moment there are still many difficulties to carry it out. There are many reasons of special relevance that I expose in the project that they justify the necessity to investigate in the analysis of the continuity among the different levels assistance. With the realization of this study and considering the elected pattern for other autonomous communities, it is sought to demonstrate the necessity to create in the area I of Health of the Community of Madrid, the Nurse's Agent of Cases figure with the purpose of guaranteeing the continuity of cares. A qualitative investigation will be made, by means of the group design using the technique of Panel of Experts.

Keywords: Continuity of nursing care. Coordination between level of care. Case management nurse. Comprehensive care. User perceived quality.

INTRODUCCIÓN. MARCO TEÓRICO

Para hablar de calidad en la prestación de servicios sanitarios, hay que asegurar la continuidad de los cuidados o la continuidad asistencial, por lo tanto la relación entre los niveles asistenciales se convierte en punto de mira que es inevitable prestar atención⁽¹⁾.

Vivimos en un mundo en el que las relaciones son complejas, por lo que existen razones de peso para considerar que la continuidad de cuidados es fundamental en el proceso asistencial. La adecuada coordinación entre los diferentes niveles que intervienen en este proceso debe ser un objetivo a tener en cuenta por las organizaciones.

No cabe ninguna duda que la continuidad de los cuidados es una necesidad tanto para los que la prestan como para los que la reciben o recibirán y por supuesto para los que la tienen que gestionar⁽³⁾.

La continuidad asistencial presenta algunas dificultades ya que en cada uno de los niveles asistenciales –atención primaria (AP), atención especializada (AE) y sociosanitaria– se actúa de forma independiente y aislada; por lo tanto, para atender al ciudadano de forma integral, deberíamos incorporar o al menos establecer una relación teniendo en cuenta a otros profesionales como los servicios sociales, que deberían actuar de forma coordinada con los servicios de salud.

La búsqueda de una mayor eficiencia de los cuidados y de los procedimientos diagnósticos y terapéuticos acompañada de una alta presión asistencial y financiera se traduce en un aumento de los ingresos junto con una reducción de la estancia media y de las camas hospitalarias⁽¹¹⁾.

Todos estos cambios están llevando a un significativo aumento de personas que presentan importantes y complejas necesidades de cuidados en el domicilio familiar, muchas de las cuales aparecen derivadas del alta hospitalaria, por lo que los servicios de salud tienen que dar una respuesta más efectiva especialmente a la población más vulnerable⁽¹¹⁾.

FACTORES SOCIO-DEMOGRÁFICOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

La sociedad es una entidad viva sometida a constantes cambios, en los últimos años con la revolución tecnológica se han acelerado. La unidad familiar no puede hacer frente a la demanda de cuidados que se generan y por otro lado son cada vez más exigentes debido al acceso a la información demandando más calidad, por lo tanto las instituciones han tenido que dar respuesta en este sentido.

Teniendo en cuenta los cambios en la población que componen la Comunidad de Madrid: (cambios en los patrones socio-demográficos, aumento de personas con problemas de salud crónicos, ancianos, cuidadores informales, personas con altas hospitalarias precoces, terminales¹ con necesidad de cuidados paliativos², población materno infantil, inmigrantes, etc.)⁽¹⁾.

En la Comunidad de Madrid, según datos del Instituto de Estadística, es previsible que se acentúe el proceso de envejecimiento de la población mayor de 65 años, ya que las variaciones más importantes esperadas se centrarán en los ancianos de más edad, aumentando un 43,2 % el grupo de entre 80 y 84 años y el 56,6 % los que superan los 85 años⁽⁴⁾.

El distrito de Vallecas correspondiente al área I de salud de la Comunidad de Madrid, donde voy a llevar a cabo este proyecto, se encuentra en la zona sur-este de Madrid. Los distritos que lo forman son Puente y Villa de Vallecas. El distrito de Puente de Vallecas es una zona urbana, mientras que el actual distrito de villa de Vallecas ocupa un territorio mucho más extenso y tiene distintas características poblacionales, es una zona en expansión⁽⁵⁾.

Los datos demográficos recogidos en la página web del Instituto de Estadística nos remiten a una población de más de 300.000 habitantes. Con un llamativo incremento de la población inmigrante (Tabla 1).

	Total	España	Extranjero	América del sur
Madrid	3.128.600	2.695.934	432.666	236.369
Puente de Vallecas	237.796	202.851	34.945	20.319
Villa de Vallecas	65.399	57.411	7.988	3.145
Hombre				
Madrid	1.469.075	1.257.744	211.331	108.508
Puente de Vallecas	114.723	96.767	17.956	9.889
Villa de Vallecas	32.011	27.944	4.067	1.549
Mujer				
Madrid	1.659.525	1.438.190	221.335	127.861
Puente de Vallecas	123.073	106.084	16.989	10.430
Villa de de Vallecas	33.388	29.467	3.921	1.596

Tabla 1. Población según nacionalidad por sexo y distrito 2006.

Se observa un aumento de la población muy especialmente los mayores de 75 años, siendo la población del puente de Vallecas la más envejecida (Tabla 2).

¹ **Enfermo terminal** es aquel que padece una enfermedad, previsiblemente mortal a corto plazo: en torno a dos semanas o un mes a los sumo.

² **Cuidados paliativos**, según la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos, son aquellas atenciones que se dan a un paciente con una enfermedad potencialmente mortal, en fase avanzada y que no afectan a los tratamientos curativos.

INDICADORES	CM	VALLECAS	PUENTE DE VALLECAS	VILLA DE VALLECAS
Índice de dependencia global	39.8	46	48	39.2
Índice de dependencia juvenil	19.9	21.2	21	21.9
Índice de dependencia senil	19.9	24.8	27.0	17.4
Índice de envejecimiento	99.8	117.3	128.7	79.4
Índice de progresividad	11.6	9.0	9.1	8.3

Tabla 2. Indicadores de Dependencia.

Dentro de este envejecimiento de la población, un aspecto social a tener en cuenta son las personas mayores de 65 años que viven solos, con un alto porcentaje en puente de Vallecas (41,9 %), mientras que en Villa (18,8%).

- **I. de dependencia global.** Suma de índice de dependencia infantil y senil.
- **I. de dependencia juvenil.** Habitantes de 0 a 14 años por cada cien habitantes de 15 a 64 años.
- **I. de dependencia senil.** Habitantes de 65 y más años por cada cien habitantes de 15 a 64 años.
- **I. de envejecimiento.** Habitantes de 65 y más años por cada 100 hab. de 0 a 14 años.
- **I. de progresividad.** Habitantes de 85 años y más por cada cien habitantes de 65 años y más.

La diferencia de densidad de población de Vallecas es de 46 habitantes observándose una gran diferencia entre Puente de Vallecas (162) y Villa de Vallecas (12) (Tabla 3).

INDICADORES	CM	VALLECAS	PUENTE DE VALLECAS	VILLA DE VALLECAS
Población (hab.) *	5964143	307503	241661	65842
Superficie (hab.)	80280	6645.06	1489.14	5155.92
Densidad (hab. /Ha.) **	74	46	162	12

* Datos facilitados por el departamento de Estadística del Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid.

** Densidad: habitantes/superficie.

Tabla 3. Densidad de Población.

Dentro de los factores que pueden condicionar el estado de salud de la población, es importante tener en cuenta aquellos elementos que nos van a definir el grado de desarrollo económico y social: nivel de estudios, mercado laboral,

desempleo, estos aspectos socioeconómicos van a influir tanto en el nivel de salud como la utilización de servicios sanitarios.

Según datos provisionales facilitados por el departamento de estadística del ayuntamiento de Madrid, en el distrito de Vallecas el 3 % de la población mayor de 16 años es analfabeta y un 17 %, no tienen estudios, siendo las cifras muy similares tanto en Puente de Vallecas como en Villa de Vallecas⁽⁶⁾.

En cuanto a la tasa de paro, llama la atención las altas tasas de Puente respecto a Villa, siendo estas similares a las de la Comunidad de Madrid. Sobresaliendo la tasa de paro en el grupo de mujeres de Puente de Vallecas (20.72 %).

El área de Salud de los distritos de Puente y Villa de Vallecas lo componen 13 EAP, siendo el Hospital Infanta Leonor, el Hospital de referencia.

Estrategias llevadas a cabo por otras comunidades autónomas para la continuidad asistencial

- En este sentido el Servicio Andaluz de la Salud (SAS), ha desarrollado entre otras alternativas, la figura de la enfermera comunitaria de enlace, cuyo objetivo se centra en potenciar la asistencia domiciliaria, coordinando la intervención de los distintos profesionales en el equipo AP con los profesionales de AE⁽⁷⁾.
- Dentro del Plan estratégico del Servicio Andaluz de Salud se contempla la gestión por procesos asistenciales, siendo un elemento básico del plan de calidad de la Consejería de Salud para garantizar la continuidad asistencial.
- La continuidad de cuidados es un elemento clave para garantizar la calidad asistencial, para facilitar dicha continuidad entre los dos niveles se desarrollan las comisiones de cuidados de área formadas por profesionales del hospital y de atención primaria^(XII).
- A partir del año 2002, el plan de Salud de Canarias incorpora a la cartera de servicios de atención primaria el conocido "Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria". Este servicio se basa en la figura de una enfermera, denominada Enfermera Comunitaria de Enlace (ECH), siendo el eslabón entre primaria y especializada con unas metas y actividades perfectamente definidas⁽⁸⁾.
- En Cataluña se crean redes de servicios de salud (OSI) cuya finalidad es ofrecer una atención coordinada a través de la continuidad de prestaciones a una población determinada, siendo responsables de sus costes y resultados de salud. Los objetivos finales son la mejora de la eficiencia global de la provisión y

continuidad de la atención a través de la mejora de la coordinación de los servicios, continuidad e integración asistencial⁽⁹⁾.

- ✓ Los OSI, surgieron en países con sistemas de salud privados, como Estados Unidos.
- ✓ A partir de 1990, con la Ley de Ordenación Sanitaria de Cataluña, se propuso la cesión de la atención primaria a organizaciones que gestionaban hospitales de agudos concertados, constituyendo el inicio de las organizaciones sanitarias integradas^(vi).
- En la Comunidad de Madrid, ante la necesidad de prestar una correcta atención a la población, se han definido situaciones que deben ser resueltas por los servicios sanitarios, en las que la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid quiere mostrar su compromiso con las líneas de trabajo actuales y futuras.
 - ✓ Dentro de estas situaciones esta la atención a la dependencia, entendiendo la necesidad de mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios de ambos niveles asistenciales y sociales, para ello la alternativa es crear la “Gestión de Casos”⁽¹⁾.
- La gestión de casos es un modelo organizativo-asistencial extendido e implantado en los países anglosajones. Puede definirse como la coordinación de los servicios que ayudan a las personas dependientes o en situaciones de vulnerabilidad, a identificar y/o proporcionar los servicios apropiados a cada individuo. El gestor que lidera el equipo, planifica y coordina los cuidados, garantizando el nivel de calidad, disminuyendo costes derivados del cuidado fragmentado.

Podemos deducir que la enfermera es la figura idónea para la gestión de casos, por su metodología de trabajo, formación e integración de los cuidados así como capacidad de gestión partiendo de la planificación a medio y largo plazo, además la enfermera es una profesión frontera situándose próxima al paciente y a su familia, con conocimiento científico propio, adecuando la información y actuando en base a su misión que es el cuidado⁽¹⁾.

La coordinación interniveles de los servicios de salud y la continuidad de cuidados se ve dificultada tras un periodo de hospitalización. Esto supone la necesidad de realizar un proyecto que facilite a los pacientes/cuidador el traslado a su domicilio de una forma planificada. Tras una estancia hospitalaria, una parte de la población sufre una disminución o incapacidad para satisfacer sus necesidades y autocuidados, provocando problemas de afrontamiento para la persona y su familia cuando vuelven al domicilio.

Esta unidad tiene su origen en la necesidad de encontrar el equilibrio entre las necesidades de los pacientes y las del sistema. Con este propósito, sus profesionales ayudan al paciente y familia a recorrer el sistema de salud con eficiencia, minimizando elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad en la asistencia prestada al usuario.

La Enfermera Hospitalaria de Enlace (ECH) es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos, entendido éste, como proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela porque el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando y movilizando los recursos necesarios, y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios, para el logro de los mejores resultados⁽¹²⁾.

Elementos favorecedores de la Continuidad de Cuidados

- Modelos de organización de la práctica centrados en el paciente. Enfermera referente en atención especializada y enfermera de familia en atención primaria.
- Gestión de Casos. Enfermera comunitaria de enlace en atención primaria y enfermera hospitalaria de enlace en atención especializada.
- Informe de Continuidad de Cuidados.
- Cuaderno para la Continuidad de Cuidados.

Es preciso realizar un estudio con el propósito de encontrar alternativas que se puedan llevar a la práctica con el fin de mejorar la coordinación asistencia. De hecho hay muchas más razones que las hasta ahora expuestas, para demostrar la relevancia que tiene la investigación en la Continuidad de Cuidados, así hay varios estudios a nivel nacional e internacional que lo justifican:

- En el Reino Unido, la reforma del sistema nacional de salud introdujo la necesidad de establecer prioridades en la investigación. En 1993 un grupo de enfermeras y matronas visitadoras, indica la necesidad de investigación. Se intenta asegurar que el Sistema Nacional de Salud se implicara tanto ideológicamente como desde el punto de vista de la financiación en la investigación. En 1996, el Royal College of Nursing recoge esta indicación y establece entre otras las la necesidad de enfermería de investigar en⁽¹⁰⁾:
 - ✓ Continuidad en los Cuidados.
 - ✓ Explorar las nuevas tecnologías para la mejora de la comunicación.
- En los países escandinavos se realizan encuentros para discutir las perspectivas de priorización de la investigación en enfermería, intentando dar respuesta a

las recomendaciones hechas en 1993 por el Consejo Sueco de Investigaciones Médicas.

- La Comisión Europea en el documento que recoge las recomendaciones para el desarrollo de investigación en enfermería que fue firmado por el 558º Consejo de Ministros del Consejo de Europa celebrado el 15 de Febrero de 1996, exponía que la continuidad de las actividades de enfermería entre las instituciones de asistencia primaria, secundaria y terciaria deben ser estudiadas y desarrolladas.
- En 1990 un grupo de trabajo dentro del marco del programa del Fondo de Investigación Sanitaria, definió varias líneas prioritarias siendo una de ellas la integración de los servicios sociales y sanitarios.
- En 1994 el Instituto de Estudios de la Salud de la Generalitat de Cataluña realizó un estudio para conocer las áreas prioritarias de la investigación. De sus resultados se concluye que la coordinación entre niveles, la continuidad de cuidados son algunos de los problemas que requieren mayores esfuerzos de investigación.
- En 1996, el grupo INVESTEN-Carlos III en la reunión celebrada en Mahón sobre “Investigación Clínica de Enfermería en REUNI”, un grupo de 40 profesionales de enfermería de los ámbitos de la gestión, docencia y clínica, mediante una técnica de grupo Nominal, estudian las prioridades de investigación, elevando las 10 prioridades que se habían definido a un jurado de expertos, este definió entre las 5 prioridades más relevantes “Análisis de la continuidad entre los diferentes niveles”⁽¹⁰⁾.
- En una encuesta realizada a 1250 profesionales de enfermería sobre los temas prioritarios a investigar, quedó como prioridad 2, “Analizar la continuidad y coordinación de los cuidados de enfermería entre los diferentes niveles asistenciales”.

HIPÓTESIS

La Enfermera Gestora de Casos líder en la coordinación de los cuidados.

OBJETIVOS

Objetivo principal

- Garantizar la continuidad de cuidados entre niveles asistenciales.

Objetivos secundarios

- Crear la figura de “Enfermera Gestora de Casos” en el Hospital Infanta Leonor.
- Potenciar la coordinación con otros niveles asistenciales como elemento de garantía de la continuidad asistencial.
- Mejorar la calidad percibida por el paciente/cuidador.
- Fomentar el registro y transmisión eficaz de información relativa a Cuidados.
- Establecer sistemas de comunicación rápida y efectiva entre profesionales para mejorar la continuidad asistencial.
- Asegurar la comunicación bidireccional entre los profesionales de los diferentes niveles.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para mejorar la continuidad asistencial hay que fomentar la cooperación entre los diferentes niveles asistenciales. Posiblemente la competencia entre los mismos ha supuesto más un esfuerzo del comportamiento corporativo que un impulso a la coordinación asistencial⁽²⁾.

El acercamiento de los profesionales, el conocerse personalmente en la medida en que sea posible las enfermeras/os de Atención Primaria y de Atención Especializada, va a facilitar la comunicación ya que previsiblemente van a ver las ventajas y dificultades con las que se encuentran sus compañeros en el cuidado de sus pacientes.

Sería conveniente un intercambio en el medio laboral durante una semana de profesionales entre los dos niveles asistenciales, esto ayudaría en primer lugar a conocerse entre sí, a parte de ver más de cerca las ventajas asistenciales en relación con su ámbito laboral, barreras o dificultades con las que se tienen que enfrentar a diario cada uno de los profesionales tanto de AP como de AE.

¿Qué hacemos para mejorar los circuitos de comunicación?

- La enfermera responsable del paciente, realiza el Informe de Recomendación/Continuidad de Cuidados de enfermería al alta.
- La continuidad asistencial requiere que la distribución de la información sea rápida, eficaz y segura.

- El informe debe llegar en el menor tiempo posible, preservando la confidencialidad.
- Lo cumplimenta la enfermera responsable del paciente, informando, explicando y aclarando al paciente y/o familiar las dudas que puedan surgir.
- El proceso de derivación es bidireccional.
- Se comunica a la supervisora de la unidad. Esta informa a la responsable designada por el hospital para la coordinación de cuidado.
- Se informa por teléfono de los datos del paciente (con el fin de proteger la Ley de protección de datos), a la subdirección de enfermería de AP, quien a su vez comunica a la enfermera responsable del paciente en atención primaria.
- La enfermera de AP, se pondrá en contacto por teléfono con el paciente, en las primeras 24-48 h después de la notificación del alta.
- Siempre que sea posible, cuando un paciente ingrese en el Hospital, traerá informe de seguimiento de la enfermera responsable de primaria.

PLAN DE TRABAJO LLEVADO A CABO

Las enfermedades crónicas, deben mucho a la innovación en técnicas y a los nuevos fármacos, pero el progreso estará limitado sin un cambio en la organización de la atención integral de las necesidades del paciente y la continuidad asistencial siendo los pilares básicos^(XI).

De igual manera, se hace imprescindible la **comunicación**, como el verdadero y más importante instrumento de la interrelación⁽³⁾.

Se debe incluir la necesidad de implicación, tanto de los profesionales como de las direcciones y organizaciones.

El Servicio Andaluz de Salud (SAS), ha elaborado un modelo integral de los cuidados dando respuesta a las necesidades de los pacientes.

Las enfermeras hospitalarias de enlace, junto a las enfermeras supervisoras, son líderes de cambio hacia un modelo enfermero de cuidados centrados en el paciente, dejando atrás la fragmentación del cuidado, mejorando el flujo de información entre los niveles asistenciales. La figura de Gestor de Casos, dentro del modelo de gestión se presenta como una oportunidad para la sociedad, para el sistema y para los profesionales de enfermería^(XII).

CRONOGRAMA DE ACTUACIÓN EN EL ÁREA I

- Reunión Dirección de enfermería AP/AE
 - ✓ Nombrar coordinador de los grupos.
 - ✓ Definición de los grupos de 4 grupos (determinando procesos).
 - ✓ Designación de las enfermeras que formarán parte de cada uno de los grupos -6 enfermeras 3 de AP y 3 de AE y 1 del Hospital Virgen de la Torre (integrado con el Hospital Infanta Leonor).
 - ✓ Informar a las enfermeras/os miembros de los grupos sobre la finalidad de los mismos.

- Establecer reunión conjunta de todos los profesionales que forman parte de los grupos con coordinador y direcciones de enfermería informando sobre el fin y objetivos de los grupos.

- Reuniones periódicas y paralelas de cada uno de los grupos (al menos 3 reuniones por grupo). Dejando autonomía en cuanto a la dinámica de actuación, pero apoyando por parte del coordinador en lo que sea necesario. Elaborar acta de reunión.

- Reunión conjunta de todos los grupos con direcciones de enfermería de AP/AE, para ver conclusiones, identificar problemas y poner medidas correctoras.

- Continuar con las reuniones de grupos (al menos una reunión por grupo). Elaborar acta de reunión.

- Reunión de ambas direcciones de enfermería. Toma de decisiones conjuntas.

- Informar a todos los miembros de los grupos sobre las decisiones y acuerdos.

- Informar sobre la estrategia a seguir a los responsables de las unidades.

- Coordinación con trabajador social/coordinador médico.

- Puesta en marcha de los acuerdos.

- Informes de Recomendaciones/Continuidad de Cuidados de Enfermería al alta, emitidos desde AE/AP, que asegure la información suficiente para el seguimiento del proceso de la atención. Constituye un elemento clave de la continuidad y se deben articular todos los mecanismos posibles para que su operatividad sea máxima^(XII).
 - ✓ Unidades de Hospitalización.
 - ✓ H de Día.

- ✓ Unidad de Diálisis.
- ✓ Consultas Externas.

- Pilotar entrevistas por teléfono, para averiguar la opinión que tienen los pacientes sobre estas actuaciones.

- Establecer sesiones formativas conjuntas en EAP y en Hospital.

- Instaurar rotaciones de profesionales entre AP/EAP, al menos durante una semana.

La elaboración y consenso tanto de guías clínicas conjuntas como protocolos, favorece la comunicación entre los profesionales que pertenecen a diferentes servicios y niveles de atención, garantiza la identificación y conocimiento de todas las actividades que cada profesional realiza en su ámbito de trabajo en relación con la patología en cuestión y es facilitadora al mismo tiempo de la coordinación^(X).

La formación tiene como finalidad afianzar conocimientos potenciando la capacitación del profesional de enfermería, con una participación tanto discente como docente en el propio centro y fuera del mismo. Al hacer la formación de forma conjunta ayudará a conocerse los profesionales de ambos niveles asistenciales clave para mejorar la coordinación.

El intercambio entre profesionales ayudará, sin ninguna duda, a conocer las ventajas y limitaciones con las que a veces se tiene que enfrentar el profesional, en su diferente ámbito de actuación.

TIPO DE ESTUDIO

El propósito de este proyecto es encontrar la mejor alternativa encaminada a asegurar la continuidad de cuidados, favoreciendo por lo tanto la coordinación asistencial.

Para realizar este estudio planteo una investigación **cuantitativa**.

La técnica a utilizar será un diseño de grupo mediante **panel de expertos**. El panel de expertos puede definirse como un grupo de especialistas en el programa a evaluar, que se les reúnen para emitir un juicio colectivo y consensuado sobre dicho programa.

Criterios para la selección de los expertos

- Será responsabilidad del investigador o presidente del panel.

- 7 enfermeras/os con experiencia profesional en el tema a tratar, seleccionadas dentro los grupos de trabajo que están formados en el Hospital y AP, para la coordinación asistencial.
- ✓ 3 Enfermeras Hospital Infanta Leonor.
- ✓ 1 Enfermera del Hospital Virgen de la Torre.
- ✓ 3 Enfermeras de AP.

Se harán 2 reuniones, con una duración de 60 - 90 minutos cada una.

Primera reunión

Con el fin de explicar el papel de cada uno de los miembros en la evaluación del acuerdo. Se tratará:

- Función de cada uno de los miembros.
- Tipo de investigación.
- Método de obtención de datos.
- Se pedirá autorización para grabar las discusiones.
- Trabajos que hay que realizar antes de la próxima reunión.
- Calendario de la próxima reunión.

Segunda reunión

Estarán directamente vinculadas a los trabajos del panel. Se tratará:

- Los trabajos realizados desde la reunión anterior.
- Problemas encontrados.
- Acuerdos a los que se hayan llegado.
- Se mantendrá como regla la confidencialidad de las discusiones y el compromiso de no divulgar los resultados no definitivos.

Presidente del Panel

Será el investigador, responsable de la selección de los miembros del grupo y encargado de dirigir los trabajos:

- Impulsa la participación.
- Facilita el debate.
- Integrar los resultados, llevando desde la generalidad a lo particular.
- Función gestora, comprobando que los recursos son suficientes.
- Función como representante, ante diferentes organismos e instituciones (comité de dirección, etc.).

Teniendo en cuenta el marco conceptual, las grabaciones realizadas durante las reuniones, las anotaciones sobre las aportaciones de cada uno de los miembros del Panel y las conclusiones, se hará un análisis de los resultados por parte del presidente, se emitirá el correspondiente informe y se elevará a las diferentes direcciones con el fin de que estas determinen la posibilidad de llevarlas a cabo.

Población diana

La población diana serán los pacientes que precisen en el momento de alta coordinación de sus cuidados. En el hospital se compone de todas aquellas personas ingresadas 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 de las necesidades de cuidados y las de sus cuidadoras^(IV).

Se deben por lo tanto identificar una serie de grupos de pacientes vulnerables a los se va a dirigir la asistencia por parte de los profesionales enfermeros. Los beneficiarios de este servicio son diversos, entre los que se pueden destacar los siguientes grupos de población:

- Pacientes incluidos en el mapa de procesos asistenciales, priorizando:
 - ✓ Pacientes de cuidados paliativos.
 - ✓ Atención al proceso pluripatológico.
 - ✓ Fractura de cadera en el anciano.
 - ✓ Demencias.
 - ✓ Accidente cerebrovascular.
 - ✓ EPOC, con oxigenoterapia en domicilio.
- Pacientes con múltiples y complejas necesidades de cuidados, no incluidos en los procesos anteriores como:
 - ✓ Pacientes con deterioro cognitivo.
 - ✓ Con deterioro funcional.

- ✓ Ancianos frágiles.
 - ✓ Pacientes crónicos con descompensaciones frecuentes.
 - ✓ Especialmente aquellos con hospitalizaciones reiteradas.
 - ✓ Pacientes con heridas crónicas.
 - ✓ Con ostomías.
 - ✓ Pacientes que en el momento del alta sean portadores de SNG/Vesical.
 - ✓ Pacientes que han debutado como diabéticos o que siendo diabéticos se detecta un déficit en el conocimiento de su enfermedad.
- Pacientes que requieren para su tratamiento y cuidados de tecnología avanzada en el domicilio.
 - Paciente pediátrico que precise cuidados en el momento del alta.
 - Cuidadores familiares de los anteriores.

DIFUSIÓN Y RELEVANCIA DEL PROYECTO

Si las conclusiones son las que intuyo y serían por lo tanto similares a las que ya se ha demostrado en otras comunidades autónomas, podríamos confirmar, que con la creación de la [Enfermera Gestora de Casos](#).

- Podemos garantizar la continuidad de cuidados, al favorecer la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales.
- Estableciendo canales de información rápida y eficaz en lo que se refiere a la atención de nuestros pacientes facilitando la comunicación bidireccional entre los profesionales.
- Evitando fragmentación de servicios, favoreciendo por lo tanto la integración asistencial.
- Se facilitaría al paciente/cuidador el traslado a su domicilio tras el alta hospitalaria de una forma planificada y acorde a sus necesidades.
- Posiblemente mejoraríamos la calidad percibida de nuestros pacientes y podríamos evitar ingresos hospitalarios. Para poder evidenciarlo, tendríamos que hacer otro tipo de estudio cuantitativo y comparar los resultados actuales con los posibles después de implantar la figura de la *Enfermera Gestora de Casos*, como líder en la coordinación asistencial.

BIBLIOGRAFÍA (MARCO TEÓRICO)

1. Madrid. Comunidad Autónoma, Consejería de Sanidad y Consumo. Papel de Enfermería en Atención Primaria. Plan de mejora de Atención Primaria de la Comunidad de Madrid 2006-2009. Madrid: La Consejería; 2009.
2. Lledó R. La coordinación entre niveles asistenciales. Rev Cal Asist. 2001;16: 232-233.
3. Martínez JR. Interrelación profesional y continuidad de los cuidados. Dialnet. Unirioja. 2000; 7-8:166-171.
4. Rodríguez MA, Hernández H, Alberca JR, Ferrer C, González FJ, Cuevas C. Enfermería en atención primaria. Madrid: Instituto Madrileño de la Salud; 2003.
5. Madrid. Comunidad Autónoma, Consejería de Sanidad y Consumo. Plan Vallecas. Plan integral de mejora de la Salud pública en Vallecas. Disponible en: www.madrid.org/..planvallecas/.../documentos.htm. Actualizado 11/04/2006.
6. Madrid. Comunidad Autónoma, Dirección General de Salud Pública y Alimentación. Plan integral de mejora de salud pública de Vallecas 2001/2005. Madrid: La Dirección General; 2005.
7. Noya C. La comisión de cuidados, instrumento clave para la integración interniveles. 20ª Jornadas Nacionales de supervisores de enfermería. Enfermeras Gestoras. Valencia 4-6 Marzo 2009. [Ponencia] .Disponible en: www.20supervisionenfermeria.com/programa.php
8. Servicio de Continuidad de Cuidados para la Atención Domiciliaria. Disponible en: www2.gobiernodecanarias.org/.../cuidados/.../Portocolo_SCCAD.pdf
9. Henaó D, Vázquez ML, Vargas I, Coderch J, Llopart JR. Integración asistencial de dos organizaciones en Cataluña Rev. Salud pública. 2008; 10:33-48.
10. Comet P. Prioridades de investigación en enfermería en España. ICN centennial conference. Londres 27 Junio-1 Julio 1999. Disponible en: webpersonal.uma.es/~jmpaez/websci/BLOQUEI/.../CIE0699.pdf
11. Sevilla. Junta de Andalucía, Servicio Andaluz de Salud. Manual de gestión de casos en Andalucía: Enfermeras gestoras de casos en el hospital. Disponible en: www.juntadeandalucia.es/.../Manual_gestión_de_casos.pdf. Revisado Noviembre 2006.

12. Fernández V, Moreno A, Perejón I, Guerra MD. Enfermeras hospitalarias de enlace (Gestoras de casos). *Enf Global*. 2007;10: 1-11. Disponible en: revistas.um.es/eglobal/article/view/202/246
13. Morell JJ, coord. Atención primaria y especializada. Visión desde la pediatría de Atención Primaria. [Ponencia] V Curso de pediatría en atención Primaria de Madrid, 23 Enero 2003. Disponible en: www.spapex.org/pdf/coordinacionapesp.pdf
14. Gala Fernández B, Romeo López-Alonso S, Pérez Hernández RM. La enfermera, profesional clave para la coordinación de la atención socio-sanitaria a personas con dependencia. *Index Enferm*. 2006;15(54):7-9 [citado 2009-04-19]. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
15. Valentín V, Murillo MT, Valentina M., Royo D. cuidados continuos. Una necesidad del paciente oncológico. *Psicooncología*. 2004; 1:155-164.

BIBLIOGRAFÍA (METODOLOGÍA)

- I. Amezcua M, Gálvez A. Los modos de análisis en investigación cualitativa en salud: perspectiva clínica y reflexiones en voz alta. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):423-436.
- II. Ubé JM, Urzanqui M, Rodríguez C, Blasco M, Ascarza S, Musitu V. Evaluación de la relevancia del informe de enfermería al alta hospitalaria por el usuario interno y externo. Centro de Salud III la Rioja. 06/03/2006. *Rev Nure investigación*. 2006;24: 1-23.
- III. Pérez RM. La enfermera de enlace comunitaria. I congreso de Enfermería de familia y comunitaria de Murcia. Moratalla (Murcia) 11-13 Mayo 2006. [Ponencia]. Disponible en: www.seapremur.com/Congreso_Moratalla/Ponencias/Ponencias.htm
- IV. Sevilla. Junta de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Manual de la gestión de casos en Andalucía: Enfermeras Gestoras de Casos en Atención Primaria. Disponible en: [www.juntadeandalucia.es/.../Manual gestion de casos. Atencion primaria. Pdf](http://www.juntadeandalucia.es/.../Manual_gestion_de_casos_Atencion_primaria.Pdf). Revisado Febrero 2007.
- V. Lercher MH, Terez C, Cardozo R, Alves S, Celia M. Gerencia del caso: análisis de concepto. *Dialnet. Investigación y educación en enfermería*. 2003;21: 4-25.

- VI. Vargas I, Vázquez ML. Barreras y facilitadores de la coordinación asistencial en dos organizaciones sanitarias integradas en Cataluña. Gac Sanit. 2007;21(2):114-123. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
- VII. Sánchez E. Los cuidados de enfermería en un área sanitaria: fortalezas y debilidades. Área sanitaria campo de Gibraltar Cádiz. 20 Jornadas Nacionales de supervisores de enfermería. Enfermeras Gestoras. Valencia 4-6 Marzo 2009. [Ponencia]. Disponible en: www.20supervisionenfermeria.com/programa.php
- VIII. Colomer J, González R. Hospitalización a domicilio: un sistema alternativo. En: Contel Segura JC, Gené Badía J, Peya Gascons M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998. p. 39-44.
- IX. Pérez M, Sancho MT, Yanguas J. Implementación de servicios sociales: hacia una atención domiciliaria integral. En: Contel Segura JC, Gené Badía J, Peya Gascons M. Atención domiciliaria: organización y práctica. Barcelona: Springer-Verlag Ibérica; 1998. p.47-57.
- X. Grifel IE, Carbonell JM, Infiesta F. Mejorando la gestión clínica. Desarrollo e implantación de guías de práctica clínica. Barcelona: CHC Consultoría; 2002.
- XI. Escarrabill J. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): visión global y continuidad de cuidados. An Med Interna. (Madrid). [periódico en la Internet]. 2003 Jul [citado 2009 Abr 12]; 20(7): 5-7. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?>
- XII. Paz D de, Galdeano N, Garrido M, Lacida M, Martín R, Morales JM, et al. Comisión para el desarrollo de la enfermería en el servicio andaluz de la salud. Continuidad de cuidados en Atención Especializada y Atención Primaria. Sevilla: Consejería de salud; Disponible en: www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0229.pdf
- XIII. Ferrer C. La Enfermera de atención primaria como gestora de casos. Tribuna Sanitaria. 2003(160):4-7. Disponible en: www.codem.es/tribuna/ptribuna.asp?nnoticia=153
- XIV. Cadena-Andreu A, Parello E, Diogene E. Continuidad asistencial: rol de la enfermera de enlace. Aten Prim. 2005; 36(10):558-562.
- XV. Farrón A. Gestión de enfermería en el desarrollo de programas y protocolos para la continuidad de los cuidados en Castellón. Situación actual y proyecto de futuro. 20 Jornadas Nacionales de supervisores de enfermería. Enfermeras Gestoras. Valencia 4-6 Marzo 2009. [Ponencia]. Disponible en: www.20supervisionenfermeria.com/programa.php

- XVI. Romero R. Resultados de la continuidad y la personalización de los cuidados: comisión de cuidados de área Jaén. 20 Jornadas Nacionales de supervisores de enfermería. Enfermeras Gestoras. Valencia 4-6 Marzo 2009. [Ponencia]. Disponible en: www.20supervisionenfermeria.com/programa.php

Recibido: 11 marzo 2010.

Aceptado: 18 mayo 2010.