

ENFERMERA GESTORA DE CASOS: PROPUESTA ORGANIZATIVA PARA ATENCIÓN PRIMARIA.

*“El mayor saber, si no es aplicado a la acción o la conducta, es un conjunto de datos
sin sentido”*

Peter Drucker.

Alumna:
Gloria Verdoy Berástegui.
Directora: Rosa García-Orellán.
JUNIO 2012.

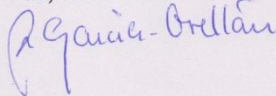
Universidad Pública de Navarra.
Máster: Gestión de Cuidados de Enfermería:

Dña. ROSA GARCÍA-ORELLAN, Profesora del Área de enfermería en el Departamento de Ciencias de la Salud de la Universidad Pública de Navarra,

HACE CONSTAR que el proyecto de gestión que presenta Doña GLORIA VERDOY BERASTEGUI con el título ENFERMERA GESTORA DE CASOS: PROPUESTA ORGANIZATIVA PARA ATENCIÓN PRIMARIA ha sido realizado bajo su dirección, reuniendo las condiciones necesarias para su presentación y posterior defensa en sesión pública ante el tribunal constituido para la evaluación de los Trabajos Fin de Máster, del Máster Universitario en Gestión de Cuidados.

Pamplona, 6 de junio del 2012

Fdo, ROSA GARCÍA-ORELLÁN



ÍNDICE:

1. RESUMEN	1
2. INTRODUCCION.	2
3. NECESIDAD DETECTADA.	4.
3.1 Cargas de trabajo Enfermería Unidad de Hemodiálisis	8.
4. ANÁLISIS SITUACIÓN ACTUAL:	14
4.1 Marco normativo	14
4.2 Marco teórico	16
5. MATRIZ DAFO.	20
6. JUSTIFICACIÓN Y EXPLICACIÓN	21
6.1 Objetivos	25
6.2 Ámbito de intervención	25
6.3 Población diana	27
6.4 Metodología	27
6.5 Ventajas consideradas	33
7. IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS	35
7.1 Actividades	37
7.2 Cronograma.	39
8. EVALUACIÓN	40
9. COSTE	41
10. CONCLUSIONES	44
11. ANEXO 1	46
12. BIBLIOGRAFÍA.	50.

1. RESUMEN

En países como EEUU, Canadá, algunos países Europeos, la gestión de casos se ha perfilado como un modelo organizativo basado en la evidencia científica, eficaz en la atención de pacientes crónicos que tienen un alto consumo de servicios sociales y sanitarios en diferentes niveles asistenciales.

En Navarra existe un Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial cuyo objetivo general es: “Desarrollar nuevos modelos organizativos del proceso asistencial que respondan a las necesidades de los ciudadanos, que favorezcan el desarrollo de todos los profesionales y se orienten a la mejora de los resultados de la organización, medidos en términos de calidad integral (calidad técnica y percibida y eficiencia). Entendiendo la gestión de casos como la provisión de una atención coordinada entre diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente, vemos que este modelo encaja perfectamente en la consecución del objetivo planteado en el Proyecto de Mejora, suponiendo una mínima inversión de recursos.

Este trabajo se ha centrado en el paciente con Enfermedad Crónica Avanzada (ERCA) y desarrolla cómo podía implementarse dentro de la comunidad, implantando la figura de la enfermera gestora de casos en cada una de las Zonas Básicas de Salud. Sin embargo, el escaso número de pacientes de este segmento podría hacer que el proyecto resultara ineficiente. Se ha considerado por ello la segmentación de la población en función de sus necesidades sociosanitarias y la asignación de una *masa crítica* de pacientes a la enfermera gestora de casos que optimice el uso de recursos materiales y humanos; sin que por ello se vea afectado el proceso de implantación del trabajo original.

Palabras clave:

Enfermera gestora de casos, síndrome sociosanitario, paciente renal/paciente crónico, niveles asistenciales, equipo multidisciplinar, plan de cuidados de enfermería.

2. INTRODUCCIÓN.

El envejecimiento de la población, el aumento de la prevalencia de enfermedades crónico-degenerativas, los cambios en las estructuras familiares de soporte, han generado una situación caracterizada por un aumento de la demanda en atención socio-sanitaria. Es preciso racionalizar y adecuar la demanda al uso de recursos y promover alternativas a la asistencia tradicional.

El paciente renal supone un grupo de riesgo. Considerando que más de la mitad de los pacientes renales que precisan o van a precisar hemodiálisis en el Área de Salud de Tudela son susceptibles de sufrir el Síndrome Socio Sanitario (SSS), parece apropiado poner en marcha estrategias de intervención para mejorar la coordinación de los servicios demandados por estos pacientes.

Este proyecto pretende inicialmente exponer las ventajas y la metodología de implementación de un modelo de intervención sanitaria multidisciplinar como es la GESTIÓN DE CASOS. Ésta garantizaría la continuidad de los cuidados de estos pacientes y la atención integral y global, minimizaría la fragmentación de los cuidados promocionando el autocuidado, promoviendo el uso eficiente de los recursos ya disponibles y optimizando la coordinación de las actividades en

torno al paciente. De este modo los objetivos definidos en el Plan de mejora de calidad de Atención Primaria en Navarra se alcanzarán con menores esfuerzos y con un menor consumo de recursos. Consiguiendo el objetivo de una mayor calidad integral (calidad técnica+ calidad percibida+ eficiencia).

Durante el desarrollo del proyecto he considerado necesario la segmentación de los usuarios de la Atención Primaria (A.P) en SNS-Osasunbidea, de manera que identifiquemos los grupos de pacientes que demandan una atención sociosanitaria. Se ha focalizado sobre los pacientes renales que cumplan determinados requisitos establecidos para la población diana. Sin embargo éste no sería el único grupo de actuación, pudiendo extenderse a otros grupos cuyo denominador común sea la prestación de cuidados continuados o de larga duración, que presenten simultáneamente dependencia y patologías generalmente crónicas (y a veces causantes propiamente de la dependencia), y que tengan necesidades de cuidados sociales y sanitarios al mismo

tiempo (Herrera Molina 2005). Existe la necesidad de unificar la atención a todos los segmentos de la población de crónicos, adecuando los componentes y beneficios de los mismos a la gravedad, riesgo y gasto de cada uno de ellos. Se aplicarán las modificaciones oportunas a sus necesidades de cuidados y la coordinación con los servicios correspondientes a su patología de base. Se establecen así, las trayectorias clínicas y Planes de cuidados de Enfermería bajo el prisma de la coordinación entre niveles y basados en el trabajo multidisciplinar.

La implantación de este proyecto, cuyo coste sería poco significativo, puede llevarnos a adquirir evidencias sobre los beneficios potencialmente alcanzables de ser extendido a toda el área de salud de Navarra y a otros grupos objetivo.

3. NECESIDAD DETECTADA

El Síndrome Socio Sanitario es aquel problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto médicos como sociales en diferentes niveles asistenciales, que tienen una etiología plural ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente.

El síndrome agrupa un conjunto de manifestaciones (demandas) de causa variada y su originalidad como problema estriba en la incapacidad de un abordaje adecuado con la tecnología organizativa habitual médica y social.

Existe un perfil de la población de riesgo cuyas características comunes son:

- ✓ Presencia de enfermedad avanzada y/o pluripatología, polimedicación con importante morbilidad e inestabilidad clínica.
- ✓ Enfermedad irreversible con recuperación variable, buscando fundamentalmente como objetivo la mejora de la calidad de vida.
- ✓ Dependencia para las AVD por incapacidad física y/o cognitiva.
- ✓ Con frecuencia se asocian a la patología biológica problemas psicológicos y/o sociofamiliares de gran importancia de cara a la recuperación.
- ✓ Con frecuencia son de edad avanzada con ingresos hospitalarios frecuentes.

Patologías más frecuentes en el SSS:

ESPECIALIDADES	PATOLOGÍAS
Cardíacas	Cardiopatía, Insuficiencia Cardíaca.
Digestivas	Hepatopatía crónica, Pancreatitis crónica.
Endocrinas	Diabetes mellitus. Obesidad mórbida
Neurológicas	Enfermedad cardiovascular. Demencia. Enfermedad Parkinson. Enfermedad desmielinizantes, Enfermedades Sistema Nervioso Central
Nefrológicas	Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA)
Respiratorias	EPOC, Infecciones pulmonares crónicas
Reumáticas	Osteoporosis, artritis reumática, Enfermedades degenerativas

Infecciosas	SIDA
-------------	------

La atención a personas con dependencia se ha caracterizado a menudo por la falta de coordinación entre los servicios socio-sanitarios, motivo por el cual se hace necesario un profesional con capacidad de respuesta ante esta situación. Las características del trabajo que realiza la enfermera en Atención Primaria, amén de sus competencias, hacen que este grupo profesional sea el que mejor se ajuste a dicha necesidad.

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia y prevalencia, como por su coste socioeconómico. Según datos del año 2008 del registro nacional de pacientes renales coordinado por la Organización Nacional de Trasplantes, en España hay 45.000 pacientes en Tratamiento Renal Sustitutivo (TRS), de los que casi la mitad están trasplantados. Estos pacientes, que suponen el 0,1% de la población, consumen casi el 2,5% del gasto sanitario. El Estudio Epidemiología de la Insuficiencia Renal en España (EPIRCE) estima que uno de cada 10 españoles padece enfermedad renal crónica y en adultos mayores de 18 años, un 6-7% presenta una insuficiencia renal con función renal por debajo del 50%.

El Departamento de Salud de Navarra detectó la necesidad de poner en marcha un proceso de atención de enfermería integral y sistematizada en enfermedad renal crónica avanzada. El objetivo principal de la enfermería nefrológica es establecer un itinerario de atención de acuerdo con el paciente y su familia o cuidador principal, siguiendo el criterio médico, en el que al paciente se le facilita toda la información y todos los conocimientos y cuidados de enfermería necesarios para afrontar de manera adecuada su situación de salud a lo largo de todo el proceso, desde la prediálisis hasta la formación en técnicas domiciliarias, de manera que el paciente retrase lo más posible su entrada en diálisis y pueda en cada momento de utilizar la terapia renal sustitutiva que más se acomode a sus condiciones clínicas y a su forma de vida. Se pretende que estos pacientes tengan la sensación de pertenencia a un proyecto de salud en el que reciba un tratamiento médico y cuidados de enfermería adecuados, pero en el que también participe de forma activa proponiendo mejoras y modificaciones.

La construcción de un nuevo hospital en Tudela fue aprobada en 1979, pero no fue hasta Febrero de 1986 cuando se inaugura el “Reina Sofía”. La necesidad de la creación del hospital fue apremiante una vez aprobadas las Áreas de Salud (Ley Foral de Salud 10/1990). El Área de salud de Tudela albergaba aproximadamente a 90.000 habitantes y las instalaciones existentes hasta entonces eran a todas luces insuficientes. Actualmente el Hospital Reina Sofía (H.R.S.) cubre a una población de 97.527 habitantes con un total de 181 camas (Figura 1).



Figura 1. Imagen aérea del Hospital Reina Sofía de Tudela. Fuente: Redacción médica.

La zonificación sanitaria cambió en 2012 en cuanto a Atención Primaria se refiere, suponiendo toda la comunidad de Navarra una sola área de Salud, aunque se mantiene la zonificación si nos referimos a la Atención Especializada (Figura 2).

La Unidad de Hemodiálisis fue acondicionada con posterioridad a la construcción del edificio. En el proyecto original del arquitecto L. Gil Cornet no se había contado con la creación de una sala para hemodiálisis. Sin embargo la Asociación de Enfermos Renales (ALCER) presionó con fuerza. Su cumplido objetivo era que ningún paciente en tratamiento tuviera que desplazarse hasta Pamplona para realizar la diálisis.

Se acondiciona entonces una sala que en sus orígenes no estaba pensada para albergar este tipo de actividad. Está situada en la planta baja, muy cerca de la puerta principal del hospital. Este nuevo servicio se anexiona al servicio de Unidad de Reanimación y Cuidados Especiales (U.R.C.E.) compartiéndose la jefatura de Enfermería. Depende orgánicamente del Servicio de Medicina Interna y funcionalmente del Servicio de

Nefrología del Hospital de Navarra. No existiendo pues, un servicio de Nefrología propiamente dicho.

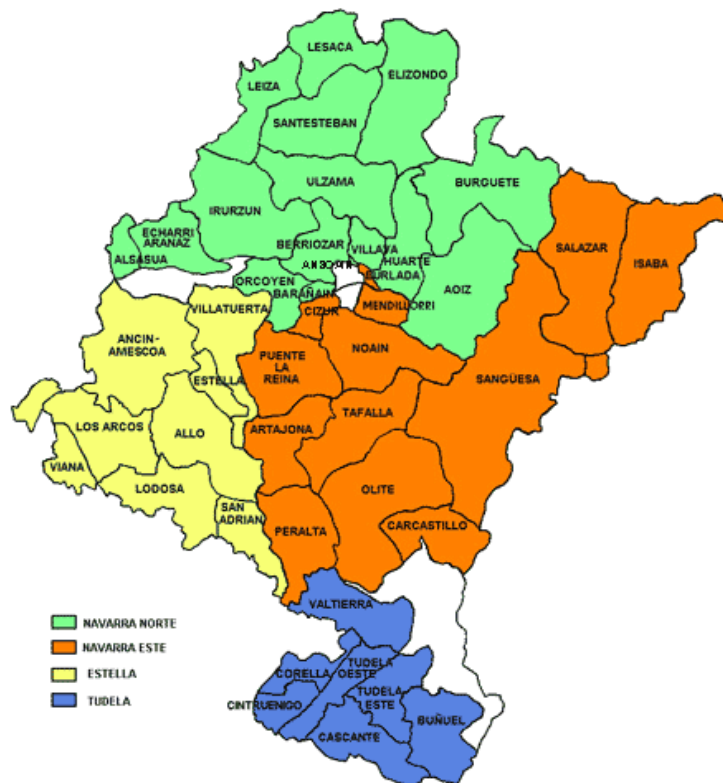


Figura 2. Mapa Zonificación Sanitaria en Navarra 2012. Fuente: Gobierno de Navarra.

Los pacientes en diálisis constituyen un grupo complejo cada vez de mayor edad y por lo tanto cada vez más numeroso. La demanda de la población para diálisis ha crecido significativamente durante los últimos años. Ya en 1996 el Gobierno de Navarra desestimó las peticiones por parte de ALCER y de un grupo parlamentario para ampliar los servicios ofertados. Se alegó que el servicio estaba cumpliendo su capacidad máxima (16 pacientes) y que la apertura de un nuevo turno de pacientes en número inferior a 6 podría duplicar y hasta cuadruplicar los gastos por diálisis realizada.

Según los datos de la memoria de SNS- OSASUNBIDEA 2010, el H.R.S dispone hoy de 12 monitores de Hemodiálisis (HD) y el número de sesiones desde el 2008 hasta el 2010 ha pasado de 5796 a 6013. Ha habido pues un incremento de un 30%. El número de pacientes crónicos que se realizan hemodiálisis en la unidad de H.R.S es a día de hoy de 42.

3.1 Cargas de trabajo de enfermería

La asignación de cargas de trabajo se realiza por pacientes, siendo la misma enfermera la que atiende durante toda la sesión a las mismas personas.

Señalar que otra manera posible de asignar el trabajo sería por funciones. Es decir, la enfermera desempeña siempre la misma función en cada uno de los pacientes. Este tipo de organización se realiza en algunas Unidades más economicistas, **pero a mi modo de ver no garantiza la continuidad de cuidados ni la comunicación eficaz entre el profesional y el enfermo. El paciente precisa de una referencia enfermera.** La asignación de un sólo profesional enfermero durante el proceso completo (hasta que el paciente sale de la unidad) mejora tanto la calidad de los cuidados prestados como la calidad percibida por parte del paciente. No debemos obviar el papel del personal profesional que atiende en esos momentos al enfermo, ya que las recomendaciones previas sobre lo que se le va a hacer y cómo, estar pendiente de todas sus necesidades en todos los aspectos, tiene efectos beneficiosos sobre el estado de alerta y la colaboración que el enfermo puede prestar durante la sesión, en los autocuidados domiciliarios y en la adquisición de una mayor co-responsabilidad de su enfermedad (figura 3,4 y 5). Según Meyer *et al.* (1994) la evaluación de la percepción de salud de modo sistemático en las unidades de diálisis facilita información útil para el asesoramiento de los profesionales sanitarios que tratan al paciente.



Figura 3. Imagen Unidad Hemodiálisis H.R.S.2012. Autor: Gloria Verdoy.

Es decir el personal debe estar preparado para tratar al paciente desde una perspectiva integral y esto no sería posible si el trabajo estuviera organizado por funciones. En el año 2002 se realizó a los usuarios de la Unidad una encuesta con el fin de detectar la calidad percibida. Dentro de la escala de “muy malo-malo-regular-bueno-muy bueno” el resultado fue de “bueno”.



Figura 4. Imagen Unidad Hemodiálisis H.R.S.2012. Autor: Gloria Verdoy

Está organizado un rotatorio de enfermería de manera que cada una de ellas dializa distintos pacientes cada día. Evitando así la creación de compartimentos estanco enfermera-paciente. La creación de compartimentos estancos es, según mi experiencia, negativo. La relación terapéutica enfermera-paciente pierde objetividad dificultando la valoración global del paciente. El estrecho vínculo que se genera durante el procedimiento terapéutico se enrarece, pudiendo crear el paciente una relación de dependencia hacia la enfermera asignada y a su vez desconfianza hacia el resto del equipo. La enfermera puede caer en la sobreprotección o incluso en el rechazo hacia el paciente.

Entre las características propias de estos enfermos destaca la ansiedad en la Hemodiálisis producida principalmente por la restricción de la actividad física, las complicaciones físicas intradiálisis, el temor a un posible fallo de la máquina, la dependencia de la misma y también la dependencia del personal sanitario. Entiendo que **la rotación enfermera/paciente evita las relaciones inadecuadas descritas anteriormente** y además exige al personal de enfermería un mayor rigor en el registro y

estandarización de los cuidados prestados. Todo esto promueve que la relación de ayuda establecida entre los profesionales y los pacientes sea más idónea y pueda ser individualizada en cada caso.



Figura 5. Imagen Unidad Hemodiálisis H.R.S.2012. Autor: Gloria Verdoy

Los pacientes son trasladados hasta el hospital por el servicio de ambulancias (subcontratado). Llegan de forma escalonada unos diez minutos antes de la hora indicada para cambiarse de ropa y lavar adecuadamente la zona de punción.

La sala está organizada para dializar un total de 22 pacientes diarios. Once en turno de mañana y once en turno de tarde. Las sesiones tienen una duración de entre tres horas y media y cuatro horas y tres cuartos. Los pacientes para su distribución han sido clasificados previamente en función de dos parámetros: tiempo de hemodiálisis y cuidados intradiálisis que precise.

Cada enfermera dializa pues a dos/tres pacientes por la mañana y dos/ tres pacientes por la tarde siendo primordial una estrecha vigilancia. Entre una sesión y otra queda tiempo suficiente para la desinfección de máquinas y limpieza de la sala así como para que coma el personal.

Los auxiliares de enfermería atienden indistintamente la demanda de los pacientes, las propias enfermeras y el trabajo generado en la sala como la preparación de las mesas de

punción, distribución de desayunos y meriendas, limpieza y desinfección de las máquinas etc. (Figura 6).



Figura 5. Imagen Unidad Hemodiálisis H.R.S.2012. Autor: Gloria Verdoy

La asignación de pacientes por enfermera se lleva a cabo de manera que sea posible coordinarlos. Ha de ser posible la conexión, desconexión y hemostasia de los pacientes por la misma enfermera de forma secuencial. Se tendrá en cuenta también la cantidad de cuidados intradiálisis de los enfermos agrupados. El objetivo es que puedan ser atendidos adecuadamente por “su” enfermera asignada (figura 7).

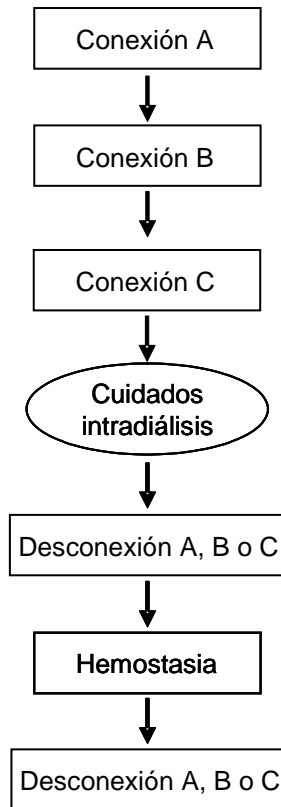


Figura 7. Secuencia de tareas directas de atención.

Desde este punto de vista se deben valorar a priori los cuidados que van a requerir cada uno de los pacientes. Los más frecuentes son:

- 1- Toma de constantes hemodinámicas cada hora.
- 2- Prevención y resolución de problemas presentados (inestabilidad hemodinámica, problemas derivados de la punción, demandas del paciente etc.)
- 3- Administración de medicamentos.
- 4- Trabajo administrativo y de coordinación con “interconsultas”.
- 5- A destacar la intensa supervisión del funcionamiento de las máquinas puesto que un fallo en las mismas podría perjudicar seriamente al usuario.

Resulta lógico que los cuidados y atenciones del paciente renal sean suministrados por la enfermería nefrológica. La puesta en marcha del proceso de atención de enfermería integral y sistematizada en enfermedad renal crónica avanzada, no alcanzó al área de influencia del Hospital Reina Sofía (H.R.S). Tal como está planteada la organización del

trabajo dentro de la unidad de Hemodiálisis deducimos que la creación de una gestora de casos pasaría por un incremento de la plantilla de enfermería.

Podemos pensar que el número de pacientes dializados (42) frente al número de pacientes en el Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) 273, justifica la falta de la consulta prediálisis en el Hospital Reina Sofía así como la no posibilidad de realizarse Hemodiálisis domiciliaria o la realización de la Diálisis Peritoneal bajo la supervisión del servicio de nefrología más próximo. En el Área de salud de Tudela, con aproximadamente 98.000 habitantes, los pacientes que se realizan Diálisis Peritoneal lo hacen bajo la supervisión de la unidad de nefrología del antiguo Hospital Virgen del Camino. Parece pues, que existe una desigualdad intracomunitaria en la atención de enfermería prestada que podría solucionarse con la redistribución de las cargas de trabajo desde Atención Primaria, creando la figura de una enfermera de casos sin necesidad de aumentar la plantilla ni las horas de enfermera/paciente.

Esta figura, la enfermera gestora de casos, no implicaría una nueva incorporación. Se trata de reorganizar el trabajo de la enfermera en Atención Primaria. De manera que la enfermera más idónea de la plantilla actual en cada Z.B.S asuma la citada función, ya sea ocupando el 100% de su agenda o en el porcentaje que corresponda según el volumen de pacientes del grupo objetivo.

4. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN ACTUAL

4.1. Marco normativo

Desde 1998 existe un Plan de Gestión Clínica, cuyos objetivos son mejorar la calidad de la atención en los Centros de Salud, en términos de calidad científico-técnica, efectividad, eficiencia, y aceptabilidad del ciudadano.

Por otro lado, en noviembre de 2007 la Dirección de Atención Primaria inició un pilotaje de un “Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial” que se enmarcaba en la “Estrategia Atención Primaria XXI” consensuada a nivel nacional y en el “Acuerdo de 30 de marzo”, alcanzado por la Dirección de Atención Primaria con la Plataforma 10 minutos y la Sociedad Navarra de Medicina Familiar y Comunitaria, para la puesta en marcha de un plan de actuaciones en Equipos de Atención Primaria de Navarra.

El objetivo general del Proyecto de Mejora de la Organización del Proceso Asistencial:

“Desarrollar nuevos modelos organizativos del proceso asistencial que respondan a las necesidades de los ciudadanos, que favorezcan el desarrollo de todos los profesionales y se orienten a la mejora de los resultados de la organización, medidos en términos de calidad integral (calidad técnica+ calidad percibida + eficiencia)”

Las principales áreas de mejora relacionadas con los modelos organizativos sobre las que pretende incidir este proyecto son, entre otras:

- ✓ Satisfacción del paciente.
- ✓ Eficiencia: incremento incesante de la demanda de consultas por el envejecimiento y por la medicalización de la sociedad con mensajes contradictorios. Actos de escasa utilidad. Distribución poco eficiente de las cargas de trabajo. Limitado acceso a la consulta de enfermería y excesiva variabilidad en los criterios de derivación a la misma. Una misma respuesta organizativa para necesidades diferentes. Escaso desarrollo de actividades no asistenciales propias de la AP como las actividades de promoción, comunitarias etc.

- ✓ Satisfacción y desarrollo profesional: posibilidades de desarrollo profesional muy limitadas en algunos estamentos, escasa participación de profesionales no sanitarios en bastantes EAP. Insuficiente consenso sobre las funciones de los distintos profesionales que genera tensiones entre estamentos profesionales.
- ✓ Calidad técnica e innovación: limitada capacidad de resolución. Atención fragmentada y escasamente multidisciplinar. Falta de continuidad del proceso asistencial y por problemas de comunicación y coordinación entre profesionales y niveles asistenciales. Limitada aplicación de la atención basada en la evidencia.

Los valores sobre los que se asentó este Proyecto de Mejora fueron entre otros un **MODELO DE ORGANIZACIÓN FACILITADORA Y EFICIENTE**: el margen de avance está en **trabajar de otra manera**. Ello requiere dedicar tiempo y lograr la implicación de los profesionales para revisar procedimientos, circuitos, procesos etc., confianza, apoyo y formación continuada a los profesionales.

Por último, en 2009 se ha elaborado un Plan de mejora de calidad de Atención Primaria en Navarra que consta de 3 fases:

- ✓ Fase I es el pilotaje del proyecto de mejora asistencial pilotado en los 5 Centros de Salud y cuyos resultados han sido satisfactorios. Se ha iniciado ya la extensión a otros centros.
- ✓ Fase II cuyos objetivos son:
 - Mejora de la accesibilidad no presencial.
 - Nueva cartera de Servicios integral.
 - Modalidades asistenciales, más oferta de servicios enfermeros, grupales y comunitarios.
 - Inicio de la estrategia de Autocuidado: de procesos agudos, de procesos crónicos.
- ✓ Fase III la cual pretende conseguir entre otros:
 - Plan de mejora de la capacidad de resolución.
 - Plan de mejora de la Seguridad.
 - Revisión de la cartera de servicios con compromisos y estándares de

calidad Integral.

- Autocuidados en crónicos: Generalización de Autocuidados en vascular, diabetes y enfermos con muchas recaídas, nuevos protocolos de autocuidados en procesos crónicos, asma EPOC etc.

4.2-Marco teórico:

Los modelos de «gestión de casos» en la administración de cuidados de salud surgen en EEUU como respuesta para esas demandas de aumento de la calidad y contención y optimización de los recursos por parte del usuario y del sistema sanitario. Hoy en día este modelo está ya implantado de forma habitual en Reino Unido, EEUU, Canadá, y Alemania. La gestión de casos cubre no sólo las necesidades sentidas, normativas, expresadas y comparativas de los pacientes, sino también las expectativas de los profesionales enfermeros y de los gestores sanitarios:

- ✓ Para los pacientes, la Gestión de casos centra los cuidados en las necesidades reales de manera que mejora su bienestar y la satisfacción de los cuidados recibidos.
- ✓ Sobre los profesionales produce un aumento de la motivación profesional y una potenciación de los roles.
- ✓ Sobre los gestores, la Gestión de Casos contribuye a la racionalización de los costes y al cumplimiento de los objetivos de la organización sanitaria.

Los resultados que han obtenido confirman la propuesta organizativa de este proyecto (Gestión de casos). En España sólo una pocas Comunidades Autónomas han adoptado este modelo en las estructuras Sociosanitarias que abordan la dependencia con necesidades complejas de cuidados y con abordajes interdisciplinares.

Si bien es cierto que en España hay algunos estudios que demuestran las ventajas de la gestión de casos. (Capsada.A 2002, Anton i Riera *et al* 2002, Solé P *et al* 1998, López C *et al.* 1995,) es necesario un estudio de mayor envergadura para evaluar el alcance real de este modelo en las Organizaciones Sanitarias.

Definición de gestión de casos:

1. 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.

2. La Asociación Americana de Enfermería define la gestión de casos como un método sistemático de acercamiento al cuidar. Sus objetivos principales son: proporcionar unos cuidados de calidad, reducir la fragmentación de los cuidados, mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud y la racionalización de los costes sanitarios. El marco conceptual para la Gestión de Casos incluye cinco componentes: valoración, planificación, implantación, evaluación e interacción”.
3. La gestión de casos aplicada a los cuidados es un proceso dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención y coordinar las actividades con los profesionales y familiares implicados, mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizándolo los recursos necesarios garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidador.
4. JE Smith (1998) define la gestión de casos como la provisión de una atención coordinada entre diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente.
5. J.Intagliata (1982) la define como un proceso o método dirigido a garantizar que se proporcionan al consumidor cualesquiera servicios que necesite, de forma coordinada, efectiva y eficiente.
6. Según C.López Izuel, (1995) es un sistema de atención individual, focalizado en la consecución de objetivos específicos, estructurado en un tiempo y que utiliza correctamente los recursos adecuados para conseguirlos.
7. Según Montserrat Teixidor Freixa (1997) la Gestión de Casos parece ser la herramienta adecuada para garantizar la rentabilidad, la utilización adecuada de

los recursos y la calidad de atención, por lo que es importante que las instituciones y las direcciones de enfermería impulsen este sistema.

8. La gestión de casos es un proceso de colaboración en el cual se 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 recursos disponibles que promuevan resultados de calidad y costo-efectivos.
9. Marianne E. Weiss (1998) define la gestión de casos como “una estrategia efectiva para gestionar la atención del paciente con necesidades complejas que requieren una colaboración estrecha entre distintos niveles asistenciales”.

Misión, visión, y valores:

MISIÓN. Podemos resumir los principios de toda gestión de casos en cuidados de salud de la siguiente manera:

- ❖ Minimizar la fragmentación de los cuidados, incidiendo en pacientes susceptibles de padecer el Síndrome Socio Sanitario.
- ❖ Optimizar el autocuidado del paciente para reducir riesgos.
- ❖ Promover el uso eficiente de los recursos.
- ❖ Maximizar la coordinación de las actividades en torno al paciente.
- ❖ Potenciar el trabajo multidisciplinario.

VISIÓN. La gestión de casos se perfila un método de administración de cuidados en salud que se adapta a las nuevas necesidades de la población.

La gestión de casos debe contar con una serie de condiciones que tendremos en cuenta como:

- ❖ Elaborar la Guías de Práctica Clínica. y/o la trayectoria de enfermería
- ❖ Conocimiento y comunicación multidisciplinar e interdisciplinar que implique a los diferentes niveles asistenciales.
- ❖ Historia clínica unificada en soporte informático accesible desde cualquier nivel.
- ❖ Implementación del gestor de casos

❖ Evaluación continua y retroalimentación.

VALORES. La gestión de casos está basada en el trabajo interdisciplinar y el trabajo en equipo. Se centra principalmente en el individuo y su entorno familiar desde una perspectiva integral, integrada e integradora. Además uno de los valores de este modelo es la atención a las personas que cuidan, con intervenciones avanzadas de apoyo, formación y asesoramiento en el ámbito familiar.

5. MATRIZ DAFO DEL PROYECTO QUE SE PROPONE.

DEBILIDADES	FORTALEZAS
<ul style="list-style-type: none"> ○ Soporte informático: problemas de registro. ○ Déficit de conocimientos por parte de los profesionales de enfermería más jóvenes. ○ Conflicto de roles y/o competencias dentro del equipo de trabajo. ○ Miedo al cambio: arraigo a la práctica profesional de realizar tareas delegadas. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Integración y coordinación de los servicios sociales y sanitarios en cuidados a pacientes crónicos. ○ Comunicación y coordinación entre diferentes niveles asistenciales. ○ Uso de la evidencia científica como herramienta de trabajo: coordinación y control de la puesta en marcha del plan interdisciplinario. ○ Aumento de la calidad asistencial. ○ Potencia la toma de decisiones y el autocuidado del paciente. ○ El paciente forma parte activa en la elaboración de los objetivos del proceso de cuidado. ○ Implicación y motivación de todos los integrantes del equipo multidisciplinar.
AMENAZAS	OPORTUNIDADES
<ul style="list-style-type: none"> ○ Modelo nuevo de atención falta de años de experiencia en España. ○ Inversión inicial para la puesta en marcha: formación de todos los profesionales implicados. ○ Imagen social de la enfermería: los usuarios nos ven más como “ayudantes” de otros profesionales que como proveedores de servicios propios. 	<ul style="list-style-type: none"> ○ Disminuye la fragmentación de los cuidados: aumento de la relación coste/efectividad. ○ Facilita datos para la investigación enfermera y de otras disciplinas. ○ La evaluación de los resultados puede ser monitorizada. ○ Potencia el papel de la enfermería como profesional autónomo.

6. JUSTIFICACIÓN Y EXPLICACIÓN DEL PROYECTO:

El modelo de asistencia generalizada provoca un crecimiento muy importante de los recursos utilizados para la sanidad. Por ello en las últimas décadas en todos los países ha pasado a ser un objeto de reflexión el estudio de procedimientos para frenar el incremento del gasto sanitario (Figura 5).

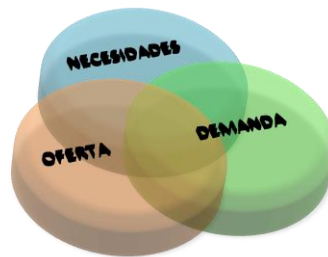


Figura 8. Área de trabajo.

Con la evolución del gasto sanitario, en todos los países de nuestro entorno político y cultural se ha producido un importante incremento de los profesionales sanitarios, tanto médicos como personal de enfermería. España destaca por su elevadísima tasa de médicos en proporción a la población, mientras que es relativamente bajo el porcentaje que representan los profesionales de enfermería.

La media europea de médicos por cada cien mil habitantes es de 330 y la cantidad de enfermeras por ese mismo volumen de población es de 808, mientras que en España la cifra es de 445 y de 531, respectivamente. Esto implica que España tiene un 34,68 por ciento más de médicos por cada cien mil habitantes que la Unión Europea, pero un 34,2 por ciento menos de enfermeras, una ratio que está "muy lejos" de la media europea.

Fuente: Informe sobre recursos sanitarios en España y la Unión Europea. Consejo general de enfermería. 2007.

Si observamos los datos desglosados por Comunidades Autónomas observamos que Navarra es la que mayor número de enfermeras tiene por cada 100.000 habitantes: 900 profesionales. Supera en 91,54 enfermeras a la media europea lo que supone un 11,32% más de profesionales. Sin embargo podemos afirmar que el papel de la enfermería como profesional sanitario está muy lejos de la labor enfermera en otros países europeos. Cabe pues pensar que la enfermería posee un potencial dentro de las organizaciones

sanitarias que está siendo infrautilizado. La gestión de casos por parte de la enfermera de atención primaria, agilizaría la asistencia desde la administración y se utilizaría un recurso ya existente, ayudando de esta forma a los grupos sociosanitarios más desfavorecidos a alcanzar un mayor nivel de bienestar y calidad de vida.

La atención a pacientes crónicos provoca la mayor parte de consultas en los equipos de atención primaria pero también es el grupo de personas que genera la mayor proporción de ingresos urgentes o no programados en los hospitales.

En el área de influencia del Hospital Reina Sofía (H.R.S) la actividad médica se ha visto reducida en un 9.48% con respecto al 2009, y la actividad enfermera lo ha hecho en un 2.48% (Figuras 6 y 7).

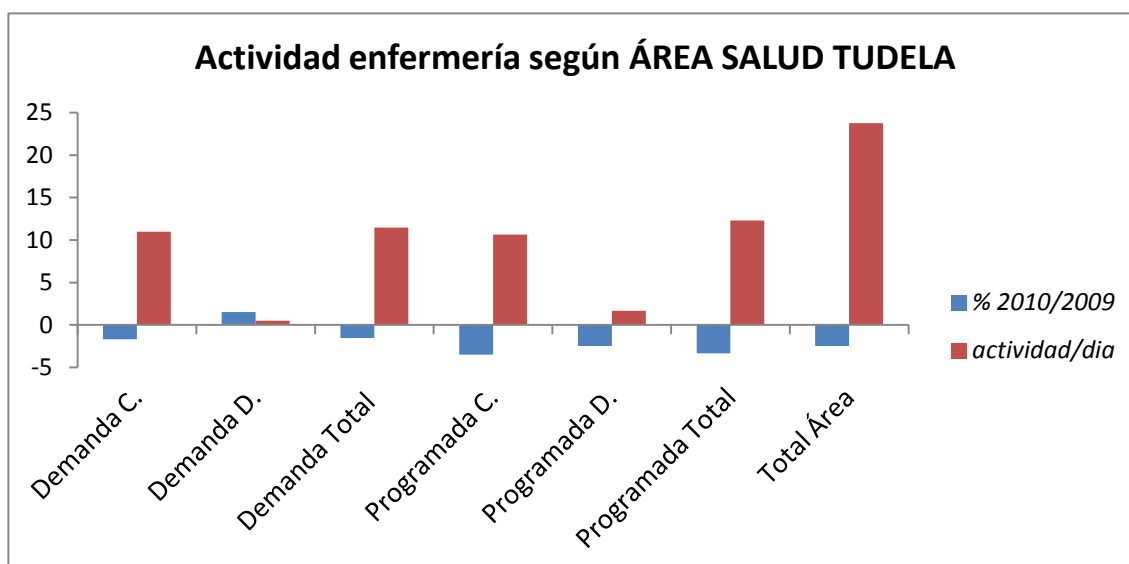


Figura 9 Evolución actividad enfermería 2009-2010. Fuente: Memoria Área Salud Tudela 2010.

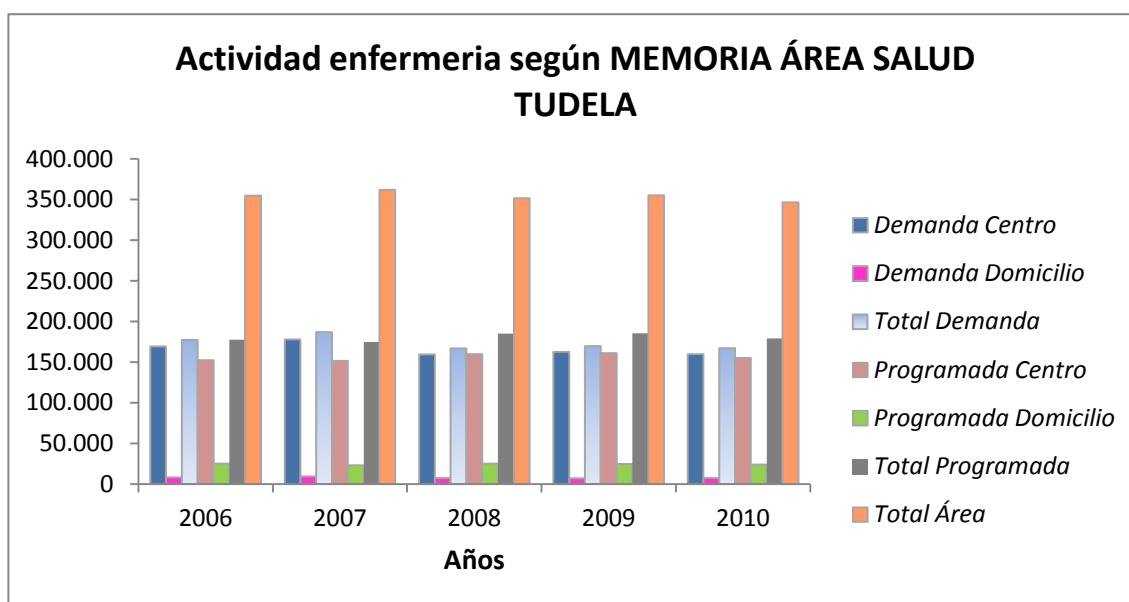


Figura 10. Actividad enfermería 2009-2010. Fuente: Memoria Área Salud Tudela 2010.

Curiosamente la memoria 2010 del Área de salud de Tudela no recoge datos de actividad de los trabajadores sociales en Atención Primaria aunque sí lo hace para Atención Especializada. Tampoco se recogen los datos de actividad de los trabajadores sociales en la memoria del Área de salud de Estella ni en la memoria general de Osasunbidea (Tabla1).

Tabla 1. Actividad de trabajador social por servicio en el H.R.S. Fuente : Memoria Área Salud Tudela 2010

SERVICIOS	2009	2010	%10/09
Urce	1	7	600%
Urología	3	4	33%
Urgencias	32	19	-40,62%
Traumatología	124	125	0,81%
Pediatría	2	8	300%
Obstetricia y Ginecología	59	23	-61,02
Cirugía	35	28	-20%
M.I. y Especialidades	269	311	15,61%
Psiquiatría	53	38	-28,30%
Otros		15	
TOTAL	578	578	0

La falta de recogida de estos datos subraya, de alguna manera, que a pesar del peso específico que tienen estos profesionales en la calidad de los cuidados integrales, no ocupan todavía el lugar que les corresponde dentro del sistema sanitario.

La Enfermedad Renal Crónica (E.R.C.) está reconocida como un problema mundial de salud pública que afecta aproximadamente al 10% de la población, está infra diagnosticada, conlleva una importante morbilidad y supone un factor de riesgo cardiovascular independiente. Es un factor tratable y potencialmente prevenible. Además, la presencia de ERC complica la evolución de cualquier acontecimiento vascular, ya que agrava el pronóstico de los pacientes, presentando una mayor tasa de hospitalizaciones, complicaciones cardiovasculares y mortalidad. En el caso de los pacientes en diálisis, su mortalidad es 500 veces superior a la de la población con función renal normal. Por otra parte, la presencia de albuminuria, independientemente del FG, se ha demostrado como otro importante factor de riesgo cardiovascular.

El paciente con ERC debe considerarse como de alto riesgo vascular, como así lo reconocen las últimas guías para el manejo de hipertensión arterial de la *European Society of tension* y la *European Society of Cardiology*. Dicho riesgo vascular puede modificarse mediante la intervención precoz sobre los mecanismos de progresión de la enfermedad renal y con un adecuado control con objetivos terapéuticos más estrictos en la hipertensión arterial, control metabólico estricto de la glucosa en diabéticos, abandono del tabaquismo, evitar el sobrepeso y control de la dislipemia, entre otros.

Si tenemos en cuenta la baja dispersión geográfica de la zona, la facilidad de las comunicaciones por carretera, y entendiendo la gestión de casos como 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; creo apropiado poner en marcha la figura de una enfermera gestora de casos en AP que coordine y garantice la continuidad de cuidados de dichos pacientes.

6.1 Objetivos

OBJETIVOS GENERALES:

- ✓ Garantizar la continuidad de cuidados de enfermería.
- ✓ Coordinar entre los diferentes niveles asistenciales.
- ✓ Obtener mejor relación coste/efectividad.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

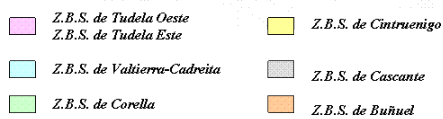
- ✓ Garantizar la cobertura de los problemas de bienestar social de los pacientes de la unidad de HD del H.R.S.
- ✓ Proporcionar atención individualizada e integral desde un entorno socio-sanitario.
- ✓ Fomentar el autocuidado, promoción y prevención de la salud.
- ✓ Mejorar la calidad asistencial percibida por el paciente/cuidador.
- ✓ Fomentar la elaboración de Planes de Cuidados utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

6.2 Ámbito de la intervención

Actualmente Navarra se comprende en una sola Área de Salud para A.P. Engloba una totalidad de 51 Z.B.S. Para la realización de nuestro proyecto consideraremos como unidad de actuación cada Zona Básica de Salud.

El H.R.S cubre a una población de 97.527 habitantes, distribuidos en 22 municipios, que se agrupan en 7 Zonas Básicas de Salud, con implantación del nuevo modelo de Atención Primaria en todas ellas (Figura 8).

A

AREA DE SALUD DE TUDELA

B

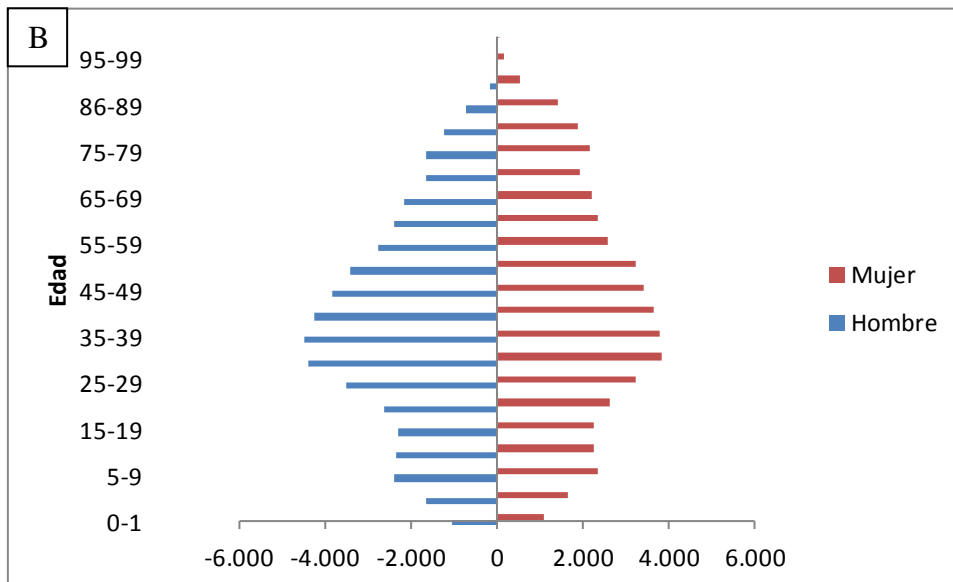


Figura 11. A) Mapa Zonificación Sanitaria Área Salud Tudela. Fuente: Gobierno de Navarra. B) Pirámide poblacional Área Salud Tudela. Fuente. Instituto Estadístico Navarro (IEN).

Según datos del 2010 cuenta con un total de:

- 107.9 enfermeras.
- 96.66 médicos.
- 13.62 pediatras.
- 44,53 administrativos.
- 6.53 celadores.
- 5 trabajadores sociales.
- 7 Centros de salud.
- 16 Consultorios locales.
- C.A.M
- C. Salud mental.
- S.N.U

Lo que supone 903 habitantes/enfermera (ratio enf/1000hab=1.01) frente a los 804 hab/enfermera (ratio enf/1000 hab= 1.24) en lo que el año pasado conformaba el Área de salud de Estella.

No se han encontrado datos sobre los ratios de enfermera/ 1000 habitantes en Atención Primaria de la antigua Área de Salud de Pamplona. Estos datos no son valorables dado que las características geográficas de las diferentes zonas de nuestra comunidad van a influir sobre los ratios enfermera/ paciente que se establezcan.

6.3 Población diana

Para enfocar a la población diana nos ayudaremos del Registro de Enfermos Renales Crónicos de Navarra creado a través del Decreto Foral 132/2003, de 2 de junio (B.O.N. núm. 79, de 25 de junio). Tal y como ya se ha indicado, la zona sobre la que se focaliza el trabajo será el Área de Salud de Tudela. Los objetivos del Registro de Enfermos Renales Crónicos son varios. En primer término, ofrecerá información sobre la incidencia, prevalencia y mortalidad por insuficiencia renal, así como su distribución geográfica. Como consecuencia, servirá para identificar mejor a los grupos de riesgo y para planificar las actividades de prevención y asistencia. Esta investigación epidemiológica ofrecerá también información básica y clínica sobre la enfermedad y podrá ser difundida entre los profesionales sanitarios y la población en general.

6.4 Metodología

Diseño del proceso estratégico de la gestión de casos:

Según la ISO9000:2000 proceso es el conjunto de actividades mutuamente interrelacionadas o que interactúan, las cuales transforman elementos de entrada en resultados.

En el caso que nos ocupa hemos definido ya los objetivos, quienes intervienen (el equipo multidisciplinario), de qué recursos disponemos (los existentes), cual va a ser la metodología empleada y la implantación de dicho proyecto a la espera de poder evaluar los resultados obtenidos.

Proceso estratégico

Programa de Actuación Sanitaria.	Plan de Docencia Investigación.	Plan de mejora Calidad en A.P. en Navarra	Proceso clínico del paciente renal	Guía Planes de Cuidados de Enfermería
----------------------------------	---------------------------------	---	------------------------------------	---------------------------------------

Proceso operativo

Paciente renal:criterios de inclusión. Entorno familiar: cuidador principal	Consulta nefrología/A.P Consulta Enfermería	Recursos Sociales	Plan de Cuidados de Enfermería
--	--	-------------------	--------------------------------

Procesos de apoyo

Equipo multidisciplinar	Enfermera gestora de casos	Coordinación entre niveles
-------------------------	----------------------------	----------------------------

Establecimiento de los criterios de inclusión y de exclusión para los pacientes hacia quienes dirigimos nuestra atención. (Figura 12)

- Personas de cualquier edad con FG <60ml/min.
- Personas de más de 75 años con FG < 45ml/min.
- Personas de más de 55 años con HTA, DM II y un episodio cardiovascular.
- Familiares de pacientes renales.
- Cuidadores principales de estos pacientes.

En el domicilio:

- Personas de más de 65 años con E.R.C con grandes discapacidades o inmovilizadas (Escala de Barthel).
- Anciano frágil con cualquier grado de insuficiencia renal.
- Pacientes con ERCT no susceptibles de TRS con necesidad de cuidados paliativos.

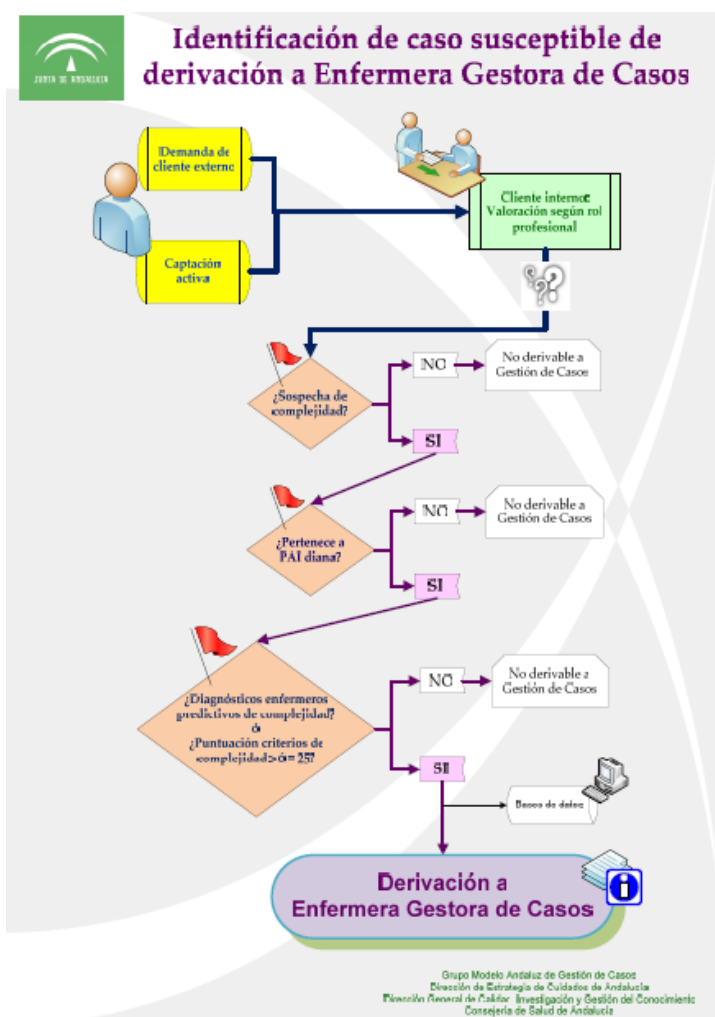


Figura 12. Mapa procedimiento identificación pacientes para el gestor de casos. Fuente. Consejería de Salud de Andalucía.

Establecimiento del Plan de Cuidados:

Para el diseño del Plan de Cuidados de Enfermería debemos contar primero con la trayectoria clínica de los pacientes renales incluidos en el programa de la gestión de casos. Para ello el equipo establecerá el plan de actuación interdisciplinar para el paciente “tipo”, susceptible de ser adaptado individualmente a cada caso.

El plan de cuidados debe estar:

- Basado en la evidencia científica.
- Basado en la experiencia.

- Consensuado por un equipo multidisciplinar (médico AP, especialista en nefrología, Enfermería de la unidad de Nefrología, Enfermería de AP ,trabajador social)
- Considerando la participación interdisciplinaria.

El soporte informático actual de AP (ATENEA) facilita el diseño de dicho plan.

El plan será elaborado de acuerdo con el método científico:

1. Observación de los hechos ↔ Valoración del paciente renal.
2. Definición del problema ↔ Identificación de problemas.
3. Formulación de una hipótesis ↔ Formulación del Diagnóstico Enfermero.
4. Planificación de la investigación ↔ Planificación de los cuidados.
5. Puesta en marcha de la investigación ↔ Ejecución.
6. Resultados y conclusiones ↔ Evaluación.

Definir el perfil de la enfermera gestora de casos:

Montserrat Teixidor (1997) insiste en que la Gestión de Casos precisa de prácticas avanzadas en enfermería. Por ello el perfil idóneo son aquellas enfermeras que hayan demostrado:

- ✓ Experiencia laboral.
- ✓ Conocimientos amplios de los procesos en pacientes crónicos y en cuidados integrales.
- ✓ Capacidad para liderar grupos.
- ✓ Competencias en la gestión de recursos y servicios sanitarios.
- ✓ Capacidad de negociación y coordinación.
- ✓ Experiencia en el trabajo de equipo.
- ✓ Facilidad para el aprendizaje y de motivación.
- ✓ Gestión proactiva de problemas crónicos de salud.
- ✓ Capacidad de apoyo.

Será nombrada por la Jefatura de Enfermería de A.P. Dependerá jerárquicamente del la Jefe de Unidad de Enfermería (J.U.E) de la Z.B.S a la que pertenezca.

El número de paciente asignados será menor que el asignado a la enfermera de A.P de tal forma que pueda asumir las funciones de lo que denominamos enfermera de casos. Esto, a su vez, supondrá una disminución de los requerimientos de atención desde estos pacientes hacia la enfermería de AP

Establecer un plan formativo de la enfermería gestora de casos:

Se considera interesante por parte de la organización sanitaria el diseño de un programa de formación para la enfermera gestora de casos acorde con las necesidades y objetivos de la organización sanitaria.

El objetivo de dicha formación es afianzar conocimientos previos, potenciar la capacidad del profesional enfermero con una participación discente y docente en su área de influencia. Sería interesante que algunos de los bloques formativos se realizaran en común junto con otros profesionales que pertenezcan al equipo multidisciplinar. De esta manera se fortalecería el equipo entre los profesionales de diferentes niveles asistenciales y disciplinas. El intercambio entre profesionales ayudará a conocer las ventajas y limitaciones con las que a veces se tiene que enfrentar el profesional, en su diferente ámbito de actuación.

- SNS-Osasunbidea. Plan de mejora de calidad en atención primaria. Cartera de servicios.
- Concepto de gestión de casos. Competencias del gestor de casos. Modelos de relación del gestor con clientes internos y externos.
- Identificación de posibles usuarios.
- Rol del gestor de casos. Resultados esperados. Herramientas que apoyen la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas en el paciente renal: solvencia en evidencia científica.
- Sistema de información, comunicación y registro: Conocimiento en profundidad del programa informático ATENEA. Patrones de Gordon.
- Estrategias en comunicación y educación para la salud.

- Estrategias para la adhesión al régimen terapéutico.
- Modelos de atención biopsicosocial.
- Gestión de RRHH.
- Gestión de calidad.
- Aspectos éticos y jurídicos.
- Docencia e investigación.

Intervenciones de la enfermera gestora de casos:

1. Mantener actualizados los registros de personas que cumplan los criterios de inclusión y sean susceptibles de recibir los cuidados en el domicilio.
2. Captación de los cuidadores principales de estos pacientes y valoración para individualizar el plan de cuidados a cada caso.
3. Educación Para la Salud: Realizar en cada Zona Básica de Salud talleres de formación, promoción y educación para la salud del paciente con ERC dirigidos a pacientes y familiares, insistiendo en la importancia del control de los factores de riesgo cardiovascular.
4. Puesta en marcha las actividades necesarias para mantener y mejorar la calidad de vida de los principales cuidadores.
5. Participación en talleres organizados por otros profesionales siempre que se requiera su participación.
6. Mejorar la coordinación y mantener abierta la comunicación con la unidad de nefrología, realizando funciones de enlace.
7. Garantizar la optimización de los recursos disponibles para el cuidado.
8. Participación en la elaboración y consenso tanto de guías clínicas conjuntas como protocolos. De manera que se favorezca la comunicación entre los profesionales que pertenecen a diferentes servicios y niveles de atención. Esto garantizaría la identificación y conocimiento de todas las actividades que cada profesional realiza en su ámbito de trabajo en relación con la patología renal y se facilitarían la coordinación.

9. Detección de aquellos pacientes de nuestra población o unidades familiares susceptibles de apoyo social.
10. Participación en la elaboración de guías metodológicas de promoción y educación en salud renal, con las adaptaciones necesarias en función de si están destinadas al público en general o a grupos de riesgo.
11. Consensuar con el equipo multidisciplinar las guías de actuación y derivación para disminuir la variabilidad en práctica clínica y cuidados enfermeros.
12. Colaboración en la creación de un sistema que permita analizar las cargas de trabajo que supone la atención de los pacientes de la población diana. Este sistema debería facilitar la medición periódica semanalmente durante al menos el primer trimestre de la puesta en marcha.
13. Establecer indicadores de calidad de la atención enfermera prestada y monitorizarlos.

Resumiendo las intervenciones básicas de la enfermera gestora de casos podríamos concluir en:

- 1- Valoración global de los pacientes desde un punto de vista multidisciplinar.**
- 2- Identificación de los diagnósticos de enfermería y priorización de los mismos.**
- 3- Definición de los resultados esperados y ordenarlos cronológicamente.**
- 4- Evaluación y retroalimentación**

6.5 Ventajas consideradas

VENTAJAS CONSIDERADAS DE LA IMPLEMENTACIÓN.

La gestión de casos ofrece ventajas no sólo a los pacientes a quienes va dirigida sino también a profesionales y gestores sanitarios.

Para los pacientes proporciona una atención longitudinal y centrada en sus necesidades reales, que atiende no sólo al usuario sino también a su entorno familiar/cuidador. Están además coordinados los diferentes niveles asistenciales evitando la duplicidad de

consultas y tiempos por el mismo motivo. Aumenta la eficacia de la atención y la calidad percibida de la misma. Fomenta la capacidad de decisión y promueve el autocuidado. Según la bibliografía consultada disminuye los re-ingresos y las visitas a los centros de urgencias.

Para los profesionales sanitarios de la Atención Especializada supone un mejor conocimiento de las labores y tareas que se realizan en Atención Primaria. Implica la integración de los servicios médicos y enfermeros, lo que aumenta la calidad de los mismos. Las actuaciones del Plan de Cuidados están coordinadas con todo el equipo multidisciplinar. Permite la gestión clínica y económica del proceso. Aumenta la motivación y satisfacción de los profesionales implicados ya que potencia sus roles. Mejora relación coste/efectividad ya que minimiza la fragmentación de los cuidados, optimiza la coordinación de las actividades y se evitan la duplicidad de servicios y pruebas.

Para los profesionales enfermeros es una oportunidad de dar a conocer la labor que realiza (en ocasiones oculta) y potenciar su rol autónomo, sus cualidades como profesional sanitario y mejorar la visión social de la Enfermería. Mejora el sistema de registros de Enfermería, la monitorización, evaluación y uso de los datos obtenidos para futuros trabajos de investigación.

7. IMPLEMENTACIÓN DE LA GESTIÓN DE CASOS: ACTIVIDADES, CRONOGRAMA E INDICADORES DE EVALUACIÓN.

Como ya se ha citado en el texto el ratio enfermera / 100.000 habitantes en Navarra supera a la media europea en un 11,32%. Esto quiere decir que por cada 100000 habitante en Europa hay 808 profesionales de enfermería mientras que en Navarra existen 900 profesionales. Se trata pues, de variar el modo de trabajar, modificar la estructura modelo sobre la que actuamos, de manera que podamos optimizar los recursos humanos con los que la organización cuenta.

El proyecto está planteado inicialmente para el paciente renal en las 7 Z.B.S de influencia del H.R.S. No obstante este proyecto podría luego extrapolarse al resto de la comunidad y dirigido a cualquier otro tipo de pacto crónico. Siempre en perfecta comunicación y coordinación con asistencia especializada para definir el proceso. Se trata pues, de segmentar a la población en función de la demanda de cuidados enfermeros que presentan.

Debido a la variabilidad en dispersión geográfica de la Comunidad Autónoma de Navarra y también a la variabilidad del número de pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa nos podemos plantear diferentes escenarios.

1) Escenario 1:

La eficiencia de una gestora de casos pasa por alcanzar un volumen de pacientes suficiente (masa crítica). Esta situación en un hospital comarcal como el H.R.S intuyo que no se alcanza asignando los pacientes crónicos renales susceptibles de ser incluidos en el programa. La implantación de esta figura organizativa no optimiza los recursos del sistema. La forma de solventar esta ineficiencia creemos que podría ser asignando pacto de otras especialidades con el denominador común de la cronicidad y la alta susceptibilidad de sufrir el SSS. De tal manera que la carga de trabajo asumida por la gestora de casos implique un consumo de recursos humanos y materiales, inferior al que consumirían la atención de dichos pacientes por los servicios sanitarios tradicionales. La concentración de la atención de los pacientes con el citado denominador común en una gestora de casos, va a suponer el aprovechamiento de economías de experiencia además de la fundamental: que es la especialización en la organización.

2) Escenario 2:

A la enfermera gestora de casos se le asigna el grupo objetivo de una especialidad alcanzando el óptimo de su carga de trabajo con pacientes habituales de las agendas. Esto se traduce en que en una misma Z.B.S pueda haber varias gestoras de casos dependiendo de la carga de trabajo que suponga la población diana de cada especialidad (Figura 10).

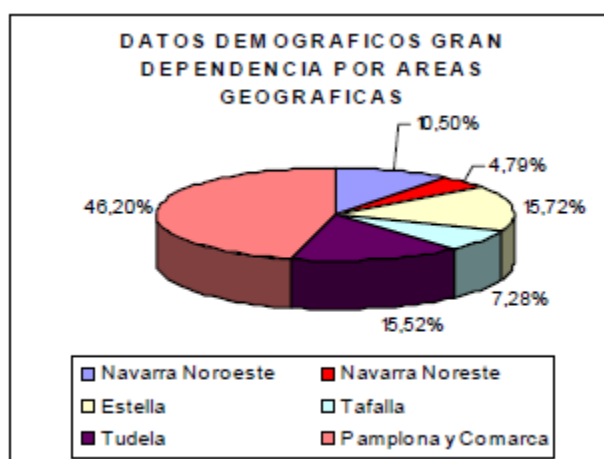


Figura 13. Gráfico representativo de dependencia por área de salud. Fuente: Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra.

3) Escenario 3:

La enfermera gestora de casos se encuentra ubicada en el centro de la zona de actuación para alcanzar la masa crítica. Por ejemplo en la Ribera de Navarra se localizaría en uno de los Centros de Salud de Tudela. Su ámbito de actuación serían las 7 Z.B.S que distan no más de 30 minutos del hospital de referencia. Los desplazamientos van a suponer un incremento de tiempo por actividad importante y, al igual que en la zona más montañosa y peor comunicada de Navarra, en ocasiones no van a poder realizarse. Por ello una parte importante de su trabajo será la coordinación de la atención de los pacientes objetivo con las enfermeras de las diferentes Z.B.S.

Este escenario debería ser estudiado con detalle y en profundidad. Se ven afectados diferentes equipos de atención primaria y supone un cambio en la estructura organizativa. A primera vista puede parecer poco flexible y supone cambios más drásticos dentro del equipo. Sin embargo ha de ser también tenido en cuenta ya que

puede ser el escenario ideal en algunas zonas de Navarra.

7.1. Actividades a realizar en la implementación:

- El proyecto debe ser liderado por la Jefatura de Enfermería de A.P
- La elección de la enfermera gestora de casos en cada Z.B.S la realizará la Jefatura de A.P. en consenso con la J.U.E
- Algunos de los aspectos formativos se realizarán on-line. La enfermera designada pasará por la unidad de nefrología (o de cualquier especialidad con paciente SSS), para conocer la unidad de referencia del paciente y los cuidados y actividades que reciben en ella. El periodo formativo no superará las cuatro semanas.
- Presentación del equipo multidisciplinar que va a participar en el proyecto. Establecer número de reuniones necesarias.
- Establecimiento por parte del equipo de la trayectoria clínica de los pacientes: demanda de atención médica, demanda de atención de enfermería, demanda de apoyo social (Figura11).

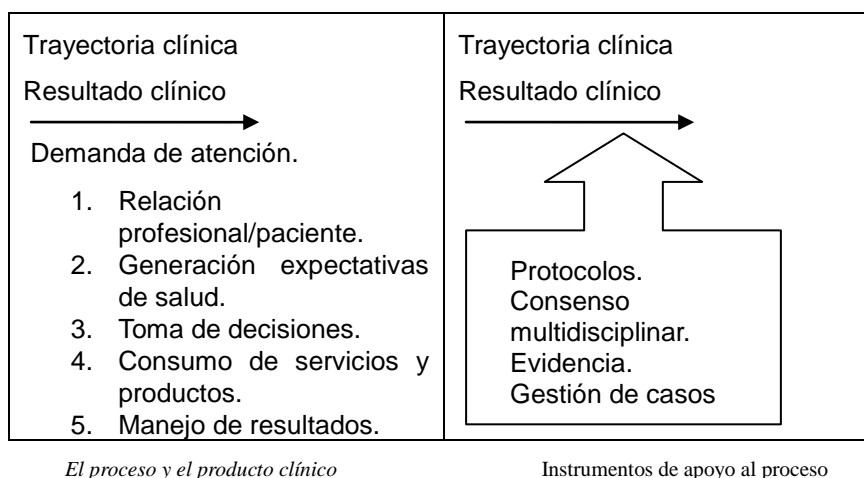


Figura 14. Proceso y producto clínico e Instrumentos de apoyo. Fuente: *Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas.*

Creación de un sistema continuo de medición de cargas de trabajo sobre la población diana.

- Asignación de los pacientes a la enfermera designada. Como ya se ha dicho, el número de pacientes dependerá de las cargas de trabajo. Si no hubiera masa

crítica la agenda se completaría con los pacientes habituales de la cta enfermería en A.P. En cualquier caso el número de pactes asignados será siempre inferior a los de un agenda normal.

- Establecer el mecanismo de comunicación con la supervisora de Hemodiálisis, o con cualquier enfermera referente en la asistencia especializada.
- Establecer el mecanismo de comunicación con el trabajador social asignado a la Z.B.S.
- Establecer los sistemas de registro y comunicación con el resto de enfermeras de AP.
- Comunicación y presentación a los pacientes objetivo de la implantación de este nuevo modelo de asistencia.
- Establecimiento del procedimiento para que la enfermera gestor pueda organizar su propia agenda.
- Establecimiento del Plan de cuidados diseñado.
- Evaluación y retroalimentación quincenal, al menos durante el primer año.

7.2 Cronograma:

SEMANAS:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Nombramiento equipo trabajo												
Formación docente del equipo												
Encuentro 1: presentación y objetivos												
Encuentro 2y 3: trayectoria clínica												
Enfermería+ trabajador social: Guías y protocolos												
Plan de cuidados enfermería												
Encuentro 4 y 5: Creación sistema de evaluación quincenal												
Sistema evaluación cargas de trabajo												
Sistemas de comunicación y registro												
Designación de pacientes												
Presentación del proyecto en Z.B.S.												
Encuentro 6: Visión global del proyecto: análisis												
Sistema elaboración de agenda enfermería												
Comunicación a los pacientes												
Puesta en marcha.												

8. EVALUACIÓN

El proyecto debe ser reevaluado quincenalmente para detectar posibles deficiencias, áreas de mejora y análisis de las cargas de trabajo durante los seis primeros meses. Una vez re-establecidas dichas áreas, los datos recogidos del análisis serán reevaluados anualmente e integrados en un proceso de retroalimentación.

8.1 Indicadores

Terraza Núñez R *et al* (2006), proponen entre otros los siguientes indicadores:

De Información:

Estructura:

- Transferencia de información: ¿hay un mecanismo de transferencia de información de un nivel asistencial a otro?.(Sí/No).
- Tiempo necesario para obtener información de la historia clínica de otro servicio

Proceso

- Porcentaje de servicios y profesionales que utilizan adecuadamente la información compartida.

Resultado

- Porcentaje de pacientes que presentan cuidados repetidos innecesarios por diferentes niveles asistenciales sobre el total de tratados.

De Gestión

Estructura

- Gestión compartida del paciente: porcentaje de protocolos estandarizados o guías de práctica clínica de tratamiento compartidos.

Proceso

- Adhesión a las guías de práctica clínica, protocolos, planes de cuidados a lo largo del tiempo.

Resultado

- Tasa de reagudizaciones o descompensaciones atendidas en el centro de atención primaria o en servicio de urgencias del hospital;
- Porcentaje de pacientes con complicaciones por un control incorrecto.

Los estándares serán establecidos por consenso entre todo el grupo de trabajo.

9. COSTE DE LA IMPLANTACIÓN DE ESTE PROYECTO

Para calcular el coste de implantación del proyecto, nos centramos en el cronograma y en una Z.B.S. A cada encuentro le adjudicamos los profesionales que se reúnen y las horas que precisan de encuentro (Tabla 2).

- ✓ Para el nombramiento del equipo se reunirán el Director del Área de salud en calidad de Director del Hospital, la Jefatura de Enfermería del Hospital, el Director de Atención Primaria y el Jefe de Enfermería de A.P durante una hora la primera semana. La segunda semana se reunirán el Director y la J.U.E de la Zona Básica de salud el nefrólogo asignado, la Jefa de Unidad de Hemodiálisis, el Trabajador Social de la Z.B.S y la enfermera gestora de casos nombrada durante 1 hora.
- ✓ Para la presentación y objetivos se realizará un encuentro de 4 horas al que acudirán la J.U.E de la Z..B.S, la JUE de Hemodiálisis, el Trabajador social y la enfermera de casos.
- ✓ A la formación del equipo se le asignarán 4 horas y para la enfermera de casos consideramos necesarias 8 horas más para el conocimiento práctico de los pacientes de Hemodiálisis (8+4).
- ✓ Para los cursos docentes precisos se asigna un presupuesto fijo que denominaremos X.
- ✓ En la elaboración del sistema de evaluación de las cargas de trabajo participarán las Jefaturas de Enfermería correspondientes (Z.B.S y Hemodiálisis): 2 horas x 2 días.
- ✓ Para el consenso sobre cuáles van a ser los sistemas de registro y de comunicación contaremos con la presencia de las dos Jefaturas de Enfermería, la Enfermera de Casos y el Trabajador Social: 2 horas x 2 días.
- ✓ En la elaboración de la trayectoria clínica estarán presentes el nefrólogo el Director de la Z.B.S, también las dos Jefaturas de Enfermería y la Enfermera de Casos: 2 horas x 2 días.

- ✓ La Enfermera de Casos y el Trabajador Social elaborarán/ consensuarán las Guías y Protocolos durante dos Encuentros de dos horas.
- ✓ Para la designación de pacientes colaborarán las dos Jefaturas de Enfermería, la Enfermera de Casos y el Trabajador Social: 3 horas x 2 días.
- ✓ El Plan de Cuidados de Enfermería lo elaborará la Enfermera de Casos, para ello se le asignarán 6 horas de trabajo.
- ✓ La agenda de Enfermería se hará entre la Jefatura de Enfermería de la Z.B.S y la Enfermera de Casos: 2horas x 2 días.
- ✓ La creación de un sistema de evaluación quinquenal la realizarán el Director de A.P y la Jefatura de Enfermería de A.P., la Jefatura de Enfermería de la Z.B.S y la Enfermera de Casos: 1 hora x 2 días.
- ✓ El análisis del proyecto en su globalidad se llevará a cabo por el Director y la Jefatura de Enfermería de la Z.B.S, el nefrólogo, la J.U.E de Hemodiálisis, el Trabajador Social y la Enfermera de Casos: 2 horas x 1 día.
- ✓ La presentación del proyecto a la Z.B.S lo harán el Director y la Jefatura de Enfermería: 1 hora x2 días.
- ✓ La comunicación a los pacientes incluidos se llevará a cabo por su anterior Enfermera junto con la Enfermera de Casos: asignando 30 minutos por paciente.
- ✓ A la puesta en marcha se le asigna coste 0.
- ✓ A quien lidera el proyecto, en este caso, la Jefatura de Enfermería de la Z.B.S se le asignan 6 horas más de trabajo para coordinación y preparación de las reuniones más recopilación de información y de formación.

Tabla 2. Cálculo de coste por horas empleadas.

PERSONAS	Identificación	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	extras	Total
Dirección A.P.	A	1									1	1			3
Jef. Enfermería A.P.	B	1									1	1			3
Dirección Hospital	C	1													1
Jef. Enfermería A.E.	D	1													1
Dirección Z.B.S	E		2			2	2			4		3			9
J.U.E de la Z.B.S	F		6	5	5	6	6				1	4		6	43
Nefrólogo	G		1			2	2					2			7
J.U.E. de Hemodiálisis	H		5	5	5	6	6					2			29
Trabajador Social	I		5	3	3	4	4	4				2			25
Enfermera de Casos	J		5	6	6	7	7	4	3	7	1+P	3+P			49+P
Enfermera A.P	K										P	P			P

P= nº pacientes asignados x ½ horas.

El cálculo total serían las horas empleadas por cada uno de los profesionales por la cantidad establecida para cada trabajador.

3A+3B+C+D+9E+43F+7G+29H+25I+(49+P)J+PK+X(presupuesto asignado a la docencia).

La implantación de este proyecto, cuyo coste sería irrelevante, puede llevarnos a adquirir evidencias sobre los beneficios potencialmente alcanzables de ser extendido a todo el área de salud de Navarra.

El beneficio se podría calcular restando al presupuesto global las cantidades asignadas por ingreso hospitalario (evitado), complicación (evitada) y hora de urgencias (evitadas).

10. CONCLUSIONES

La gestión de casos se perfila como el modelo más adecuado para la atención de pacientes crónicos con altas demandas de atención y consumo de servicios sociosanitarios, rompiendo niveles asistenciales. Esta metodología se revela muy resolutiva en casos de cáncer y en trastornos crónicos vinculados a la senilidad, con contactos insistentes entre los pacientes y el sistema sanitario, especialmente en situaciones familiares, sociales y económicas desfavorecidas.

La gestión o coordinación del caso, como podemos traducir del término “case management”, se puede considerar más como una estrategia para organizar y coordinar la atención a nivel del paciente o cliente, movilizándolo y coordinando un conjunto de agencias y servicios para conseguir un objetivo, que a diferentes agencias y servicios obtengan diferentes objetivos. La naturaleza del síndrome socio-sanitario obliga a tomar iniciativas en estas direcciones que señalamos.

El profesional de enfermería es el más adecuado para llevar a cabo el rol del gestor de casos debido a la visión holística, su capacidad de gestión y análisis de los cuidados, al contacto diario con los pacientes y a su mayor accesibilidad. Mas una de las debilidades detectadas en el proyecto es que las enfermeras con mayor experiencia no están instruidas en este modelo. Es un modelo novedoso y de escasa implementación en España y no ha formado parte de los estudios universitarios que realizaron. Del trabajo realizado por Arbonés R et al, (2006) se extrae que también el personal más joven adolece de conocimientos sobre la gestión de casos. Parece pues importante que este nuevo modelo de organización se incluya en los planes de las Escuelas Universitarias de Enfermería.

Dicho esto, la conclusión más importante es que este modelo de organización del trabajo supone un cambio fundamental en la manera de afrontar el trabajo de los profesionales sanitarios. Supone una organización más científica y está muy extendida en organizaciones complejas del mundo de la empresa. Este nuevo modelo, inmerso en lo que se denomina sociedad del conocimiento, es la mayor innovación que han sufrido los modelos organizativos complejos. Es también una de las áreas de investigación en

los procesos de gestión. Requiere por parte de los gestores sanitarios la transmisión y redefinición no sólo de las tareas a realizar sino también de aquellas tareas que no deben hacerse, simplificando procesos, evitando duplicidades y disminuyendo la burocratización al mínimo imprescindible.

Con la gestión de casos se consigue una importante mejora en la calidad y la estandarización del servicio sanitario prestado a la población diana, consiguiendo además una disminución de los recursos que dicha población consume. Sencillamente es la aplicación del conocimiento en los procesos de gestión de servicios, ya contrastados en otras organizaciones complejas.

11. ANEXO 1: ENFERMERA GESTORA DE CASOS: PROPUESTA ORGANIZATIVA PARA ATENCIÓN PRIMARIA.

“El mayor saber, si no es aplicado a la acción o la conducta, es un conjunto de datos sin sentido”

Peter Drucker

INTRODUCCIÓN:

El Síndrome Socio-Sanitario (SSS) es aquel problema de salud que se presenta en un paciente con demandas de atención y cuidados múltiples, tanto médicos como sociales, en diferentes niveles asistenciales (Primario, Hospitalario, Salud Mental, Servicios Sociales, etc.) que tienen una etiología plural (biológica, familiar, psicológica, etc), ante la cual el conjunto de servicios sanitarios y sociales es incapaz de dar una respuesta global y coordinada, lo que provoca una progresiva pérdida de autonomía del paciente.

El síndrome agrupa un conjunto de manifestaciones (demandas) de causa variada y su originalidad como problema estriba en la incapacidad de un abordaje adecuado con la tecnología organizativa habitual médica y social.

La Enfermedad Renal Crónica Avanzada (ERCA) representa un importante problema de salud pública, tanto por su elevada incidencia y prevalencia, como por su coste socioeconómico. Existe un perfil de la población en riesgo que tiene más probabilidad de presentar este problema (SSS). Dadas las características de los pacientes renales del Área de Salud de Tudela (figura 1) (ancianidad, pluripatología, cronicidad, alta demanda de servicios sociales e.t.c), entendemos que éstos son altamente susceptibles de sufrir el SSS. Por ello parece apropiado poner en marcha estrategias de intervención para mejorar la coordinación de los servicios demandados por estos pacientes.

Palabras clave:

Enfermera gestora de casos, síndrome sociosanitario, paciente renal/paciente

crónico, niveles asistenciales, equipo multidisciplinar, plan de cuidados de enfermería.

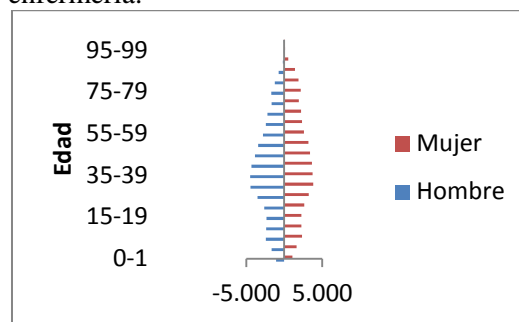


Figura 1 Pirámide poblacional Área Salud Tudela.

Fuente. Instituto Estadístico Navarro (IEN).

OBJETIVOS PLANTEADOS:

Objetivos generales:

- Garantizar la continuidad de cuidados de enfermería.
- Coordinar entre los diferentes niveles asistenciales.
- Obtener mejor relación coste/efectividad.
- .Garantizar la continuidad de cuidados de enfermería.
- .Coordinar entre los diferentes niveles asistenciales.
- .Obtener mejor relación coste/efectividad.

Objetivos específicos:

- Garantizar la cobertura de los problemas de bienestar social de los pacientes de la unidad de HD del H.R.S.
- Proporcionar atención individualizada e integral desde un entorno socio-sanitario.
- Fomentar el autocuidado, promoción y prevención de la salud.
- Mejorar la calidad asistencial percibida por el paciente/cuidador.
- Fomentar la elaboración de Planes de Cuidados utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC.

FUNDAMENTOS TEÓRICOS sobre los que se ha basado el trabajo han sido: **1)** La segmentación de la población en función de la demanda de cuidados socio-sanitarios que presentan. **2)** la acepción de la Gestión de Casos entendida como la provisión de

una atención coordinada entre diferentes servicios mediante la integración y coordinación de necesidades y recursos en torno al paciente.³) Los resultados en otros países (EEUU, Reino Unido, Canadá, etc.) de este modelo organizativo así como los resultados arrojados por algunos estudios españoles (Capsada.A 2002, Anton i Riera et al 2002, Solé P et al 1998, López C et al. 1995). Sin olvidar que dicho modelo lleva implantado ya mucho tiempo en organizaciones complejas con resultados positivos contrastados. **4)** La visión de la Enfermería de Atención Primaria como la figura óptima para llevar a cabo esta labor. (figura 2)

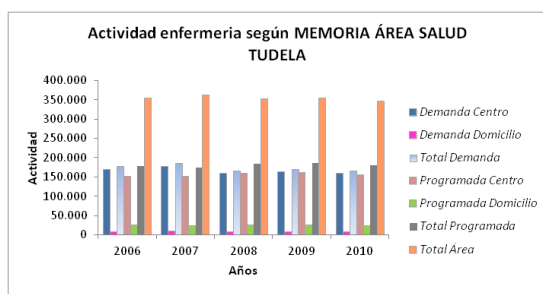


Figura 2. Actividad enfermería 2009-2010. Fuente: Memoria Área Salud Tudela 2010.

METODOLOGÍA:

Se ha realizado un **análisis de la situación:** Tal y como está organizada la Unidad de Hemodiálisis del Hospital Reina Sofía, entendemos que los pacientes que se realizan Terapia Renal Sustitutiva reciben los cuidados propios del procedimiento terapéutico. Sin embargo las cargas de trabajo de enfermería y la organización de las mismas dentro de la Unidad, no dan cobertura a todas las necesidades sociosanitarias que plantean los pacientes.

Posteriormente se elaboraron unos **criterios de inclusión** para definir a la población diana.

Además se definen previamente el **perfil de la enfermera de casos**, así como **competencias e intervenciones** dentro del **equipo multidisciplinar.**

- 5- Valoración global de los pacientes desde un punto de vista multidisciplinar.
- 6- Identificación de los diagnósticos de enfermería y priorización de los mismos.
- 7- Definición de los resultados esperados y ordenarlos cronológicamente.
- 8- Evaluación y retroalimentación.

Se diseña también un **plan formativo** dirigido a la Enfermera de Casos y por último se obtiene un **Plan de Cuidados de enfermería.**

ACTIVIDADES EN LA IMPLEMENTACIÓN:

De todas las actividades propuestas destacamos:

- Presentación del equipo multidisciplinar que va a participar en el proyecto. Establecer número de reuniones necesarias.
- Establecimiento por parte del equipo de la trayectoria clínica de los pacientes: demanda de atención médica, demanda de atención de enfermería, demanda de apoyo social.
- Creación de un sistema continuo de medición de cargas de trabajo sobre la población diana
- Establecer el mecanismo de comunicación con la supervisora de Hemodiálisis, o con cualquier enfermera referente en la asistencia especializada.
- Establecer el mecanismo de comunicación con el trabajador social asignado a la Z.B.S.
- Establecer sistemas de registro y comunicación con resto de enfermeras de AP.
- Comunicación y presentación a los pacientes objetivo de la implantación de este nuevo modelo de asistencia.
- Establecimiento del procedimiento para que la enfermera gestor pueda organizar su propia agenda.
- Establecimiento del Plan de cuidados diseñado.
- Evaluación y retroalimentación quincenal, al menos durante el primer año.

PROPUESTA ORGANIZATIVA:

El proyecto está planteado inicialmente para el paciente renal en las 7 Z.B.S de influencia del H.R.S (figura 3). No obstante este proyecto podría luego extrapolarse al resto de la comunidad y dirigido a cualquier otro tipo de pacto crónico.

Debido a la variabilidad en dispersión geográfica de la Comunidad Autónoma de Navarra y también a la variabilidad del

número de pacientes susceptibles de ser incluidos en el programa nos podemos plantear diferentes escenarios.

1) Escenario 1:

La eficiencia de una gestora de casos pasa por alcanzar un volumen de pacientes suficiente (masa crítica).

Esta situación en un hospital comarcal como el H.R.S no se alcanza asignando los pacientes crónicos renales susceptibles de ser incluidos en el programa. La implantación de esta figura organizativa no optimiza los recursos del sistema. La forma de solventar esta ineficiencia podría ser asignando pacientes de otras especialidades con el denominador común de la cronicidad y la alta susceptibilidad de sufrir el SSS.

AREA DE SALUD DE TUDELA

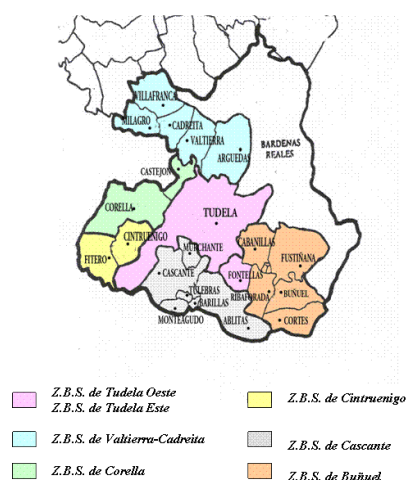


Figura 3. Mapa Zonificación Sanitaria Área Salud Tudela. Fuente: Gobierno de Navarra.

La carga de trabajo asumida por la gestora de casos implique un consumo de recursos humanos y materiales, inferior al que consumirían la atención de dichos pacientes por los servicios sanitarios tradicionales. La concentración de la atención de los pacientes con el citado denominador común en una gestora de casos, va a suponer el aprovechamiento de economías de experiencia además de la fundamental: que es la especialización en la organización.

2) Escenario 2:

A la enfermera gestora de casos se le asigna

el grupo objetivo de una especialidad alcanzando el óptimo de su carga de trabajo con pacientes habituales de las agendas. Esto se traduce en que en una misma Z.B.S pueda haber varias gestoras de casos dependiendo de la carga de trabajo que suponga la población diana de cada especialidad (Figura4).

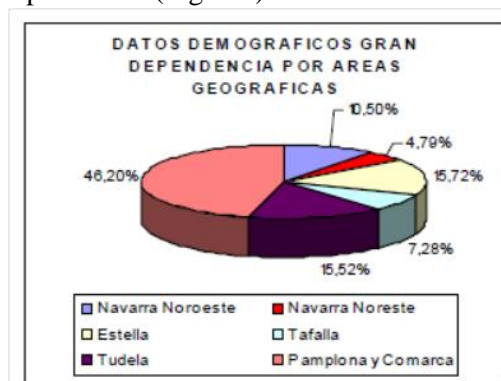


Figura 10. Gráfico representativo de dependencia por área de salud. Fuente: Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra.

3) Escenario 3:

La enfermera gestora de casos se encuentra ubicada en el centro de la zona de actuación para alcanzar la masa crítica. Por ejemplo en la Ribera de Navarra se localizaría en uno de los Centros de Salud de Tudela. Su ámbito de actuación serían las 7 Z.B.S que distan no más de 30 minutos del hospital de referencia. Los desplazamientos van a suponer un incremento de tiempo por actividad importante y, al igual que en la zona más montañosa y peor comunicada de Navarra, en ocasiones no van a poder realizarse. Por ello una parte importante de su trabajo será la coordinación de la atención de los pacientes objetivo con las enfermeras de las diferentes Z.B.S. Este escenario debería ser estudiado con detalle y en profundidad. Se ven afectados diferentes equipos de atención primaria y supone un cambio en la estructura organizativa. A primera vista puede parecer poco flexible y supone cambios más drásticos dentro del equipo. Sin embargo ha de ser también tenido en cuenta ya que puede ser el escenario ideal en algunas zonas de Navarra.

CONCLUSIÓN:

Estos tres escenarios y la propuesta organizativa que se formula para cada uno de ellos no son excluyentes. Pueden ser utilizados uno u otro dependiendo fundamentalmente de tres factores:

1. Características geográficas y
2. Características poblacionales de la Zona Básica de Salud.
3. El resultado de la segmentación de los pacientes en el Área de salud.

12. BIBLIOGRAFÍA:

- Capsada A. La Gestión de casos para el manejo de enfermos con Patología Respiratoria Crónica. *Metas de Enfermería* 2002; 5(2): 21-24.
- Teixidor, M. (1997) La reforma de los procesos asistenciales y los nuevos roles profesionales: importancia de la Gestión de Casos en los enfermos de Alzheimer. En *El Alzheimer un reto para la Enfermería*. Fundación La Caixa. Barcelona, 2005.
- López C, Montiel M, Rojo J (1995). Gestión de Casos. Desarrollo de un nuevo modelo organizativo. *Revista ROL de Enfermería*, 202, 53-58.
- Antón i Riera J, Boixadera i Vendrell M, Martí i Massferrer L, Martínez Espada M, Marzo i Lloret M, Sánchez Puig A. Gestión de casos: paciente intervenido de hemilaminectomía lumbar. *Rev ENFERMERÍA CLÍNICA* 2003; 13(1):59-65.
- Solé P, Olivares M, Tegido M. Gestión de casos. Paciente con neoplasia de recto candidato a amputación abdominoperineal. *Rev Enfermería Clínica* 1998;8: 215-23.
- Herrera Molina E. Retos inmediatos en Sanidad: La atención sociosanitaria. *DS Vol. 13, Núm. 1, Enero - Junio 2005*
- Castaño Barroeta C, Cossent Aguinaco L, Martínez Alonso C. El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo en salud pública. *Rev Española Salud Pública* 1994. Vol68, No. 2
- http://www.navarra.es/home_es/. Nota de prensa 18 de febrero 2011.
- BON 1996 n 13. 18-3-1996.
- Magaz Lago A, Tesis doctoral: Efectos psicológicos de la insuficiencia renal crónica: diferencias en función de los tratamientos médicos.2003.
- Martínez Castelao A., Martín de Francisco L., Górriz JL, R. Alcázar, Orte L. Estrategias en salud renal: un proyecto de la Sociedad Española de Nefrología. *Nefrología* 2009;29(3):185-192.

- Durán-Pich A (2010). El canon del management.Ed: Deusto.
- Memoria Área de salud de Tudela 2010.
- Memoria SNS- Osasunbidea 2011.
- Instituto Estadístico de Navarra (IEN).2011
- Informe sobre recursos sanitarios en España y la Unión Europea. Consejo general de enfermería. 2007.
- Ministerio de Sanidad. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España.(15 de Diciembre 2011).
- Arbonés Tost R, Martínez Muñoz Y, Merino de los Santos P, Peruga Rodríguez R, Valverde Aivar M. Trabajo presentado al curso de Administración y Gestión en Cuidados de Enfermería para la obtención del Máster. Gestión de casos 2006
- Sarabria Sánchez A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención de la dependencia funcional. Zerbitzuan 2007; 42: 7-16.
- Manual de la gestión de casos en Andalucía: enfermeras gestoras de casos en atención primaria. revisado en 2007.
- López Sánchez T, Amoedo Cabrera M^aL, Navarro Navarro R, Guerrero Guerrero M. Modelo de gestión de casos en el paciente renal hospitalizado con síndrome sociosanitario. Comunicaciones Presentadas al XXXIII Congreso Nacional SEDEN.
- Desarrollo competencial en el modelo de gestión de casos del SSPA.
- Terraza Núñez R et al. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. Gaceta Sanitaria. 2006;20(6):485-95.
- Durcker P.(2003). Drucker Esencial Ed. Edhasa.

- Varela J, Castells X, Iniasta C, Cots F. Instrumentos de la gestión clínica: desarrollo y perspectivas. Med Clin (Barc). 2008;130:312-8. - vol.130 núm 08.