

MODELO DE GESTION DE CASOS EN EL PACIENTE RENAL HOSPITALIZADO CON SINDROME SOCIOSANITARIO

López Sánchez I, Amoedo Cabrera M^aL, Navarro Navarro R, Guerrero Guerrero M.

Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN /JUSTIFICACIÓN

La gestión de casos (GC) es un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúa para que el paciente/familia alcancen los objetivos terapéuticos previstos en su trayectoria clínica, identificando, movilizándolo y articulando los recursos necesarios y disponibles y facilitando la intervención de los diferentes profesionales y servicios para el logro de los mejores resultados de calidad y costo efectivos.

Es un modelo de práctica avanzada de cuidados dirigido a pacientes con síndrome sociosanitario entre los que el paciente renal y cuidador que atendemos en el hospital se sitúan como candidatos idóneos por su propia cronicidad y creciente comorbilidad asociada en un contexto sociodemográfico actual marcado por el envejecimiento, los cambios en la estructura familiar y la pérdida progresiva de capacidades que genera a veces una dependencia de cuidados múltiples y de etiología plural ante la que nuestro sistema sanitario público con esta herramienta pretende dar respuesta en ambos niveles asistenciales.

Este contexto ha demandado en Atención Especializada (AE) la incorporación de la Enfermera Hospitalaria de Enlace (EHE) y en Atención Primaria (AP) la Enfermera Comunitaria de Enlace (ECE) que ofrecen un entorno centrado en la persona y no en la enfermedad, promueve la autonomía como pilar para la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad garantizando el máximo bienestar y minimizando el sufrimiento para asegurar la continuidad de la atención como objetivo final.

Los objetivos específicos son:

- Demostrar la vinculación directa del enfermero "referente" ER en la gestión de casos de pacientes/cuidadores renales frágiles hospitalizados.
- Incorporar y dar a conocer la figura del EHE en la gestión de pacientes renales hospitalizados.

MATERIAL Y METODOS

Mediante la "capacidad reflexiva" fruto del contacto y administración de cuidados a pacientes/cuidadores renales hospitalizados durante un promedio de 15 años de experiencia, un grupo de enfermeros asistenciales hemos querido aportar la "evidencia interna" para justificar la prevalencia de pacientes renales que precisan continuidad de cuidados al alta y acreditar que nuestra forma de trabajar permite la incorporación del modelo de gestión de casos GC.

Se ha hecho un estudio descriptivo retrospectivo de la gestión clínica de cuidados en la unidad de hospitalización del servicio de nefrología de nuestro centro con: 24 camas disponibles y donde prestan asistencia 10 enfermeros en turno rotatorio, 2 fijos de noche y 1 fijo de mañana que junto con el supervisor comparte tareas asistenciales con las de gestión de recursos y personal. La implantación y el perfeccionamiento de las estrategias de mejora de la calidad asistencial junto con la formación continuada han permitido la incorporación del EHE en la gestión de los pacientes "diana" de este estudio : pacientes que por la complejidad de su salud, requieren la coordinación con diferentes profesionales/servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención integral y continuada a sus necesidades de cuidados y las de sus cuidadores. Dicha gestión supone un cúmulo de obstáculos que a menudo escapa de la competencia de los enfermeros y las de otros profesionales como administrativos o el propio supervisor. La limitación de la muestra la define el rechazo del paciente, el del cuidador, el de la familia o el éxitus.

-2004: introducción de la estandarización/uso de la metodología enfermera.

-2005: Plan de cuidados estandarizado del paciente renal hospitalizado editado en formato Standard (taxonomía NANDA/NIC/NOC y problemas de colaboración).

-Asignación primaria de cuidados o “enfermero referente” implantado desde el año 2006 mediante un cronograma de rotación según la disponibilidad del enfermero y número de pacientes asignados.

-Compromiso de todos los enfermeros por evolucionar las respuestas del paciente al plan puesto en marcha con la incorporación desde el año 2007 de las anotaciones de los auxiliares con sus observaciones imprescindibles en la suplencia de cuidados a los pacientes y cuidadores frágiles.

-Cumplimentación del Informe de Continuidad de Cuidados (ICC): supuso el primer documento standard en el que se podía reflejar el estado de salud en que se realizaba el traslado a domicilio de un paciente renal en el que se habían detectado unos criterios de fragilidad que lo convertían en candidato para precisar continuidad de cuidados al alta.

La incorporación del EHE como línea estratégica reconocida legalmente en el Plan de Calidad, contrato-programa 2005/2008 y la ley de Apoyo a las familias (decreto 137/2002) ha tenido lugar en la gestión de los cuidados mediante la aplicación del “diagrama de flujo de continuidad” basado en las etapas sistematizadas del proceso enfermero (anexo 1) donde se detallan los criterios de inclusión de la población diana o cartera de clientes externos de este modelo.

La cartera de clientes internos la componen: Enfermeras supervisoras, Enfermeras referentes• Enfermeras Comunitarias de Enlace,• Enfermeras de Familia,• Facultativos, Trabajadores Sociales,• Fisioterapeutas• Gestoría de Usuarios• Servicio de Admisión.

La demanda de sus servicios por los ER desde su incorporación ha sido discontinua, con retrasos en la planificación del alta, diferentes interpretaciones, etc. por lo que realizamos un sondeo mediante un cuestionario combinado de preguntas con respuestas si/no y otras abiertas para recoger la opinión y grado de conocimientos del modelo de GC a los enfermeros de la planta de nefrología incluyendo los de trasplante renal y hemodiálisis donde también existe la asignación primaria de cuidados y se derivan pacientes al EHE (anexo 1).

El conocimiento del modelo de GC lo hemos realizado mediante un análisis de la amplia bibliografía encontrada y selección de los contenidos procedimentales y actitudinales que vinculan directamente las actividades de los ER con los objetivos y el marco de actuación del EHE. El análisis de sus gestiones y atributos propios nos darán a conocer los servicios y recursos de los que pueden beneficiarse nuestros pacientes más vulnerables.

Para obtener el listado de los pacientes renales que fueron derivados al EHE desde su incorporación oficial (Febrero de 2006) tras un período de preparación desde Noviembre de 2005 accedimos a la base de datos del EHE encargado de enviar los datos de los pacientes atendidos de forma semestral (Julio/Enero) a la Dirección General de Desarrollo e Innovación. El tratamiento estadístico se realizó con el programa S.P.S.S.15.0. Analizamos: edad media, tiempo medio de estancia hospitalaria y los diagnósticos activados e intervenciones puestas en marcha por los ER/EHE. También buscamos en los datos generales la proporción de pacientes derivados por el ER como cliente externo del modelo de GC.

RESULTADOS

De un total de 50 cuestionarios, obtuvimos respuesta en 45, 8 de los cuales por email. Solo 4 enfermeros conocían el término “gestión de casos” y 6 el de “síndrome sociosanitario”, todos por tema preparatorio de oposiciones. Todos identifican el EHE con un conocimiento parcial de sus funciones a través fundamentalmente de formación continuada del hospital. 32 la han avisado alguna vez obteniendo en 29 casos una respuesta rápida y eficaz. Todos opinan que es una estrategia beneficiosa para estos pacientes y 40 enfermeros han expresado su deseo de recibir más formación e información sobre este modelo para poder opinar mejor. Los 5 restantes lo consideran una buena estrategia pero desconfían de su efectividad.

La tendencia general registrada de la captación de estos pacientes por el ER durante el año 2007 en nuestro sistema sanitario ha sido: 61,27%-ER, 10,48%-Médico, 7,94%-Supervisores, 7,3%-Trabajador Social, 4,76%-Captación activa, 2,54%-Enfermera Comunitaria de Enlace, 0,63%-Enfermera Hospitalaria de Enlace.

52 pacientes de nefrología fueron derivados desde Febrero de 2006 a Diciembre de 2007 al EHE (49 de la planta de hospitalización y 3 desde hemodiálisis). La edad media es de 64 años y el tiempo medio de estancia 53 días. El 70% fueron derivados durante el año 2007 como resultado de la incorporación paulatina del EHE .

Los diagnósticos enfermeros mas frecuentemente activados por el ER/EHE fueron:

00085 Deterioro de la movilidad física_ 00047/46 Riesgo/deterioro de la integridad cutánea _ 00062/61 Riesgo/cansancio del rol cuidador__ 00040 Riesgo de síndrome de desuso _ 00078 Manejo inefectivo del régimen terapéutico_ 00074 Afrontamiento familiar comprometido_ 00039 Riesgo de aspiración_ 00126 Conocimientos deficientes_ 00155 Riesgo de caídas _00137 Aflicción crónica
_ 00136 Duelo anticipado.

Las intervenciones NIC mas frecuentes fueron:

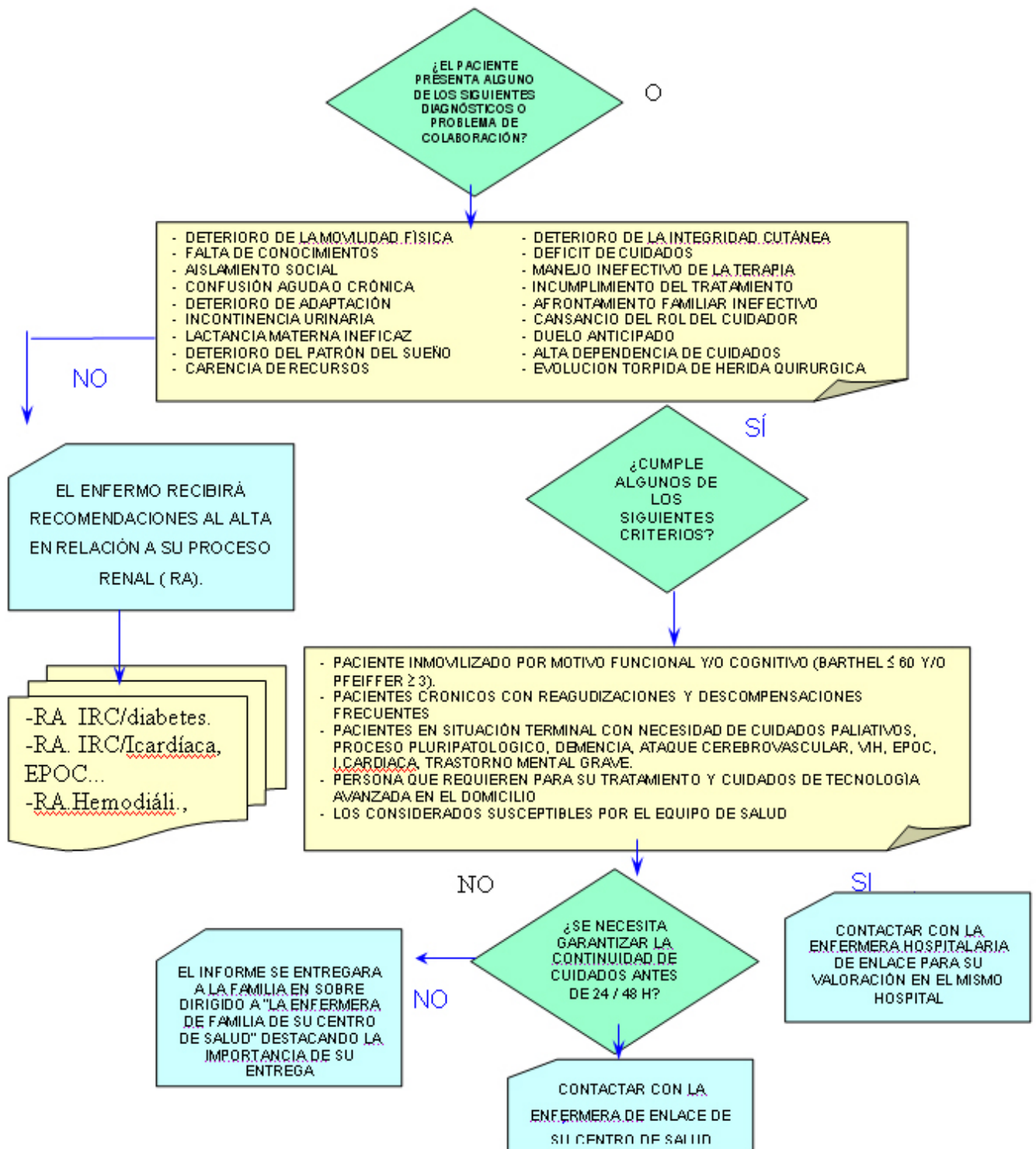
5230 Aumentar el afrontamiento_ 5440 Aumentar los sistemas de apoyo _ 5250 Apoyo en la toma de decisiones _ 5510 Educación sanitaria _ 5612 Enseñanza actividad/ejercicio prescrito _ 5614 Enseñanza dieta prescrita _ 5616 Enseñanza: medicamentos prescritos _ 5602 Enseñanza: proceso de enfermedad _ 3200 Precauciones para evitar la aspiración _ 6490 Prevención de caídas_ 3540 Prevención de las úlceras por presión _ 7040 Apoyo al cuidador principal _ 7140 Apoyo a la familia_ 7110 Fomento de la implicación familiar _ 6485 Manejo ambiental: preparación del hogar_ 7400 Guías del sistema sanitario _ 7370 Planificación del alta .

Otras intervenciones NIC: _ 7910 Consulta_ 189Consulta por teléfono _ 8100 Derivación _ 7920 Documentación _ 7960 Intercambio de información de cuidados de salud_ 8020 Reunión multidisciplinar sobre cuidados_ 8190 Seguimiento telefónico.

-Edición de un dossier informativo que incluye las tablas 1 y 2 que formará parte del plan funcional de organización y gestión de cuidados que debe conocer los enfermeros de nefrología y los de nueva incorporación.

| TABLA1 GESTION DE CASOS OBJETIVOS/CRITERIOS EVALUACION | ACTIVIDADES PROPIAS DEL E. H.ENLACE. EHE. | ACTIVIDADES VINCULANTES DEL E.REFERENTE. ER. |
|---|--|--|
| <p>1.Garantizar la captación de la población diana. Item 1/2: nº de pacientes valorados (integral/focalizado) nuevos/reingresos. Item 3/4nº de cuidadores nuevos captados y reingresos</p> | <p>Captación activa: búsqueda diaria de paciente vulnerable/reingresos. Desde clientes externos: hospital/ A.Primaria AP/ Atención al usuario. Recepción por vía telefónica: atención rápida. Informe de derivación: 24-48h/ ingresos programados desde AP.</p> | <p>*Identificación inicial y procesual de los criterios de fragilidad (observación, entrevista, examen). *Plan de acogida hospitalización.</p> |
| <p>2.Potenciar la coordinación de la Atención integral durante la estancia hospitalaria. Item 1: nº de pacientes en los que el EHE/ER han colaborado en el plan individualizado.</p> | <p>Valoración Integral al paciente y cuidador. • Información a paciente y familia de los servicios ofertados. • Apoyo a la cuidadora principal. • Elaboración de un plan asistencial propuesto por el ER/cuidador.</p> | <p>-Valoración inicial integral (patrones de.Gordon).Cuestionarios/test/índices incluido el cuidador. -Activación del Plan de Cuidados Estandarizado individualizado NANDA/NIC/NOC. -Evaluaciones de enfermería por turnos con respuestas del paciente/cuidador al plan efectuado.</p> |
| <p>3. Mejorar la continuidad de cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria Item 1/2: nºde casos de pacientes/cuidadores gestionados por EHE. Item3:Diagnósticos, intervenciones NIC directas a paciente/cuidador, gestiones de coordinación.</p> | <p>• Coordinación de actuación y planificación del alta. .Gestión del material de apoyo en el domicilio. • Facilitar la gestión de ayudas técnicas. • Aumentar redes de apoyo.</p> | <p>Planificación del alta. Derivación al EHE con debida antelación. Cumplimentación del Informe de Continuidad de Cuidados ICC y Recomendaciones al Alta según criterios de fragilidad.</p> |
| <p>4. Mejorar la homogeneización de la práctica enfermera en la continuidad de cuidados interniveles. Item 1: Nº de sesiones clínicas como autor o colaborador... Item 2: Nº colaboraciones en revisión/adaptación de documentos, protocolos, programas, procesos, PC... Item 3: Nº de artículos publicados en los que aparece entre los 5 primeros autores . Item 4: Nº de intervenciones en congresos, jornadas, ponencias, comunicaciones...</p> | <p>• Participación en actividades de formación. • Colaboración sobre la personalización y continuidad de Cuidados. • Participación en sesiones clínicas, proyectos de investigación, publicaciones, etc. • Colaboración desarrollo de la metodología enfermera.</p> | <p>•.Reuniones del turno de trabajo. •Sesiones clínicas periódicas. •Asignación de enfermero referente según cronograma. •Recogida de datos para auditorías/ consecución objetivos, investigación y publicaciones. • Participación en sesiones clínicas, proyectos de investigación, publicaciones, etc.</p> |

DIAGRAMA DE FLUJO O DE CONTINUIDAD.
ANEXO 1.



CUESTIONARIO: Agradecemos tu colaboración:

1ª. ¿Conoces el término: modelo de gestión de casos? Si. No.

En caso afirmativo. Señala cómo has obtenido la información:

- ✓ Tema de preparación para oposiciones.
- ✓ Página Web del Servicio Regional de Salud.
- ✓ Formación continuada. Otros.

2ª. ¿Conoces el término: Síndrome Socio sanitario? Si. NO.

3ª. ¿Sabes quien es y cuál es la función del Enfermero Hospitalario de Enlace? (EHE). Si. No.

4ª. ¿Sabes cómo localizarlo? Si. No.

- 5ª. ¿Lo has llamado alguna vez? Si. No.
 7ª. ¿Qué opinas de esta estrategia sanitaria?:
 8ª. crees que es útil para el paciente renal vulnerable? Si. No.
 9ª. Confías en la efectividad de sus beneficios Si. No
 10ª. Si conoces y usas el modelo puedes añadir alguna propuesta de mejora.

| TABLA 2.GESTIONES DE COORDINACION (GC) EHE/BENEFICIOS PACIENTE | ACTITUDES COMPARTIDAS ER/EHE |
|--|---|
| *GC.material ortoprotésico, fungibles para centros de salud y material de apoyo fuera de catálogo de prestaciones. *GC junto con Admisión y Gestoría de Usuario de: citas, recetas, medicación y servicios pendientes previos al alta. *GC.traslado a domicilio y otros centros. *GC alta con médicos/ER e interconsultas con otros servicios profesionales (trabajadoras sociales, fisioterapeuta, psicólogo...). *GC circuitos y material para asistencia respiratoria domiciliaria. *GC circuitos y material para nutrición domiciliaria *GC servicios apoyo a CUIDADOR PRINCIPAL: información, educación al cuidador, ayuda en la gestión de medios, movilización de redes e intervención en caso de Riesgo o Cansancio en el rol del Cuidador. *GC seguimiento telefónico SALUD RESPONDE tras el alta hospitalaria de forma reactiva, sirviendo de elemento de conexión para el paciente y cuidador con A. Especializada. *GC de ingresos solicitados desde Atención P. | Contar siempre con las expectativas de los pacientes y cuidadores en los servicios enfermeros hospitalarios. Facilitar la accesibilidad a pacientes y a cuidadoras, minimizando barreras. Personalizar la atención asignando Enfermero Referente en estancia/planificación alta. Procurar un entorno donde se preserve la intimidad y el confort de los pacientes y sus familias, estableciendo una relación de confianza y una comunicación efectiva. Ofrecer una Atención integral mediante un plan individualizado que incluya la intervención de tantos profesionales como sean precisos. Enfocar siempre el domicilio del paciente como el entorno de referencia. El hospital es un ámbito temporal de provisión de cuidados con el objetivo de una reincorporación planificada a su domicilio y comunidad. |

DISCUSIÓN/CONCLUSIONES

La inclusión del EHE en el marco hospitalario de GC ha supuesto un avance sanitario indudable que reportará beneficios en la calidad asistencial y continuidad de cuidados del paciente renal vulnerable situado entre los candidatos más prevalentes por su contexto fisiopatológico y sociosanitario actual.

La labor del ER es fundamental y está directamente vinculada a esta incorporación gracias a la evidencia interna por el conocimiento tácito del cuidado metodológico a estos pacientes y por su papel en la captación, valoración y derivación del paciente siguiendo el diagrama de continuidad basado en el proceso enfermero. El marco de actuación del EHE basado en planes de cuidados normalizados y procesos asistenciales integrados, la gestión de recursos y coordinación de servicios a favor del paciente en la estancia hospitalaria y al traslado sirve para convencernos de su utilidad y aportación en la mejora de la calidad asistencial. En un año se ha casi triplicado la demanda de estos profesionales (EHE) que comenzaron con la búsqueda activa de pacientes vulnerables y en la actualidad tienen que priorizar su propia lista de espera. Las estrategias de nueva incorporación tenemos y debemos aprenderlas y homogeneizarlas en la práctica asistencial que debe basarse siempre en la mejor evidencia científica, los recursos disponibles y la participación del paciente renal como eje central de nuestras competencias. Todos los enfermeros somos "gestores de casos" y nuestras intervenciones deben ayudar siempre al paciente/familia renal a recorrer el sistema de salud con eficiencia y minimizando los elementos de fragmentación, discontinuidad y/o duplicidad.

"Las experiencias en salud de las personas son episodios vitales que pueden determinar la historia personal y familiar. Contribuyamos entre todos a mejorar esa historia...".

BIBLIOGRAFÍA

1. Indicadores Sociales {en línea}. Instituto Nacional de Estadística. Madrid, España.
2. Indicadores Sociales. Salud {en línea}. Instituto de Estadística de Andalucía. Andalucía, España.
3. García Calvente MM, Mateo I et al.: Sistema Informal de cuidados en Andalucía.EASP. 1999.

4. Health For All Database { en línea }. World Health Organization. Ginebra, Suiza.
5. González- Linares R, Aramburu I, Ruiz MJ. Identificación y evaluación de la efectividad de la indicación de la continuidad de cuidados de enfermería entre niveles asistenciales del Osakidetza. Rev Calidad Asist 2002; 17(4): 232-6.6. De Pedro J, Gallo J,. Zaforteza C, Bover J, Bover A. Problemas de las personas mayores al alta de un hospital de agudos. Gerokomos 2001; 12(1): 29-32.7. Castaño C, Cossent L, Martínez C. El síndrome socio-sanitario. Estrategias de intervención ante un problema nuevo de salud pública. Rev Esp Salud Pública 1994; 68: 261-6.8. Decreto 137/2002, de 30 de abril, de apoyo a las familias andaluzas. BOJA nº 52 de 4 de mayo de 2002. 9. Pérez Hernández RM, López Alonso SR, Lacida Baro M, Rodríguez Gómez S. La Enfermera Comunitaria de Enlace en el Servicio Andaluz de Salud. Enfer.Comun2005; 10. Castells X, Mercadé L, Riu M. Envejecimiento y utilización hospitalaria.