
De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace

Juan Pedro Batres Sicilia^a,

Margarita Álvarez Tello^b y Pepa Gallardo Santos^c

Enfermeros Gestores de Casos. ^aDistrito Sanitario Jaén Nordeste.

^bDistrito Sanitario Sevilla. ^cDistrito Sanitario Huelva-Costa.

¿Dónde está el origen de esta figura en Andalucía? Un poco de historia

Aunque nos pueda parecer que la incorporación de la figura de la enfermera comunitaria de enlace o enfermera gestora de casos en el ámbito de la atención comunitaria es algo relativamente novedoso y reciente, no lo es. Existen antecedentes documentados de la existencia de este rol y su uso por algún servicio de salud, aunque de forma puntual, sin continuidad y sin incorporarlo a los sistemas sanitarios del país, como un modelo de gestión necesario.

Las primeras descripciones referenciadas en la literatura sobre enfer-

meras de enlace de salud mental aparecen en 1963 y 1964 de la mano de Peplau y Johnson^{1,2}, y más tarde en los años setenta en el Reino Unido, en la atención a pacientes psiquiátricos³, evidentemente no siguiendo el mismo modelo, ni con la misma integración e importancia que hoy día esta adquiriendo en los diferentes servicios de salud donde se ha instituido.

En España disponemos de algunas experiencias previas de incorporación de figuras profesionales innovadoras en la mejora de la gestión del servicio de atención domiciliaria: el caso de las enfermeras comunitarias de enlace de Canarias en el año 1999⁴ es quizás el más importante, junto con algunas experiencias de carácter

local en Cataluña⁵, que se centraban especialmente en mejorar la comunicación de las organizaciones hospitalarias con los servicios de Atención Primaria.

En el año 2002 aparecen en Andalucía como parte del desarrollo del Decreto 137/ 2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. Este Decreto facilitó y posibilitó la introducción de esta figura como parte de una estrategia de mejora de la atención domiciliaria en Andalucía. En su capítulo VII establece la promoción de una serie de medidas a favor de los mayores y las personas con discapacidad, entre las que se encuentran potenciar y mejorar los cuidados a domicilio.

Como novedad importante facultaba por primera vez a la enfermera, junto con el médico, para la indicación y activación del servicio.

Este fue el punto de partida del desarrollo posterior de un modelo de gestión de casos basado en una práctica enfermera avanzada.

La aparición de este Decreto se presentó como una respuesta sinérgica con el paisaje social que estaba desarrollándose en la población andaluza, en los últimos años, al igual que el resto de España y en la mayoría de los países occidentales. La socie-

dad andaluza estaba y está sufriendo una serie de cambios sociodemográficos y en los determinantes de salud que repercuten de manera directa sobre las necesidades y demandas de salud general, así como en la oferta de servicios (aumento de la esperanza de vida y de la cronicidad, incremento de la dependencia, modificación de la estructura familiar y redes de apoyo social, cambio en los patrones de utilización hospitalaria, uso creciente de tecnologías en el domicilio, etc.), con especial énfasis en la demanda de cuidados domiciliarios.

Todos estos cambios que tan fuertemente influyen en la salud y bienestar de la población, producen como consecuencia un incremento de personas que muestran importantes necesidades de cuidados en el domicilio. Estas necesidades, sumadas a las surgidas del acortamiento de las estancias hospitalarias, hacen de los cuidados domiciliarios cuidados cada vez más especializados y con mayor uso de nuevas tecnologías.

Los inicios

La implantación de esta figura, junto con el resto de estrategias de

mejora de la atención domiciliaria (incremento del volumen de ayudas técnicas y mejoras de los circuitos de accesibilidad a las mismas, creación de equipos móviles de rehabilitación domiciliaria, extensión de la valoración multidimensional a todos los pacientes incluidos en el servicio, desarrollo de servicios específicos dirigidos a la red informal de cuidados, énfasis en los circuitos de continuidad y nuevas estructuras de coordinación entre niveles asistenciales, etc.) tuvo varias fases, no exentas de dificultades, como cualquier introducción de una innovación en el sistema sanitario que se han ido minimizando conforme la capacidad de resolución e integración en los equipos de salud ha ido consolidándose. Los apoyos a estas innovaciones y al liderazgo enfermero en la introducción de las mismas vinieron facilitados por el compromiso explícito de la alta dirección de los servicios de salud, con la creación de estructuras específicas que hicieran visible en la organización sanitaria a las enfermeras y la alianza con la Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria (ASANEC), sociedad científica de fuerte implantación regional.

¿En qué consiste una enfermera comunitaria de enlace?

¿Qué hace de diferente a lo que hacen el resto de las enfermeras comunitarias?

En el espacio domiciliario intervienen diferentes protagonistas. Los principales son siempre el paciente y su familia, ocupando el centro de la imagen. Estos reciben atención a su salud desde los diferentes niveles asistenciales, por parte de profesionales de los centros de salud, servicios especializados y hospitales y desde el sector social, por parte de los servicios sociales municipales y los diferentes servicios sociales públicos o privados.

La clave de este contexto es que ninguno de los proveedores de servicios puede responder por sí solo a la necesidad de cuidados que tienen el usuario y su familia. De manera que, si queremos mejorar la atención a domicilio se necesita de un profesional, de una figura que coordine y dé continuidad a esos cuidados.

Esta es una de las principales características de la enfermera comunitaria de enlace, la garantía de la continuidad de los cuidados entre los distintos niveles asistenciales y entre los sectores sanitario y social.

Pero ¿cuál es el modelo de gestión de casos que incorpora la enfermera comunitaria de enlace en Andalucía?

La enfermera comunitaria de enlace es un profesional que enmarca su trabajo dentro de la gestión de casos con una práctica avanzada de cuidados.

Según el Manual de la Gestión de Casos en Andalucía⁶: “la gestión de casos es un proceso de colaboración en el cual se valora, planifica, aplica, coordina, monitoriza y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y el acceso a los recursos disponibles para promover resultados coste-efectivos”.

Siguiendo este modelo de gestión de casos y aplicándolo al ámbito de los cuidados resulta que es un “proceso que está dirigido a recoger información específica sobre las necesidades de los usuarios, identificar los problemas, diseñar un plan de intervención”.

Por tanto, implica la realización de una valoración completa y sistematizada del usuario, cuidadora y familia, en la que se identifican los problemas

prioritarios y se propone un plan de intervención, con identificación y uso de todos los recursos necesarios para la resolución de los mismos, coordinando estos y las actividades y buscando acuerdos “con los profesionales y familiares implicados”.

Tras la identificación de los recursos a movilizar, el nivel asistencial, e incluso el profesional más adecuado para resolver estas necesidades en el domicilio, se acordará con los diferentes profesionales, dentro del plan asistencial, el plan de cuidados que requiere el usuario y su familia y/o cuidadora.

En la gran mayoría de las situaciones abordadas la negociación se convierte en herramienta básica y principal de su quehacer diario, tanto en los equipos de los profesionales implicados, como en las reuniones formales e informales con los familiares, para coordinar conjuntamente la gestión del caso concreto. Será la enfermera la que vigilará y supervisará para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial, coordinándose con los diferentes profesionales implicados en el caso: Atención Primaria, atención hospitalaria, sector social (tanto público como privado), asociaciones de enfermos, etc.

Una de las áreas de intervención que más satisfacción genera en la población atendida es la relacionada con la prestación de recursos de material de ayudas técnicas, tanto las que están dentro de las prestaciones del Servicio Andaluz de Salud como las pertenecientes al Plan de Apoyo a la Familia (camas articuladas eléctricas, colchones antiescaras, grúas, cojines antiescaras, incorporadores de plano, etc.) que permiten de una forma muy personalizada ayudar a garantizar esa atención integral y continuada, que resuelva las necesidades de cuidados de paciente, familia y cuidadora.

La atención a las cuidadoras es otro de los ejes incorporados que, además de la valoración de forma integral de sus necesidades y del establecimiento de un plan de cuidados (tanto para ella misma como para la persona a la que cuida), se complementa con la formación e información de forma individual o grupal.

Todo ello nos lleva a identificar dos características claves y definitorias que incorpora esta enfermera a su práctica avanzada; por un lado, la de la coordinación, constituyendo un verdadero enlace y conexión de la atención prestada en los centros de salud con

los diferentes niveles asistenciales y dispositivos relacionados y, por otro lado, el trabajo multidisciplinar y en equipo, tanto en el centro de salud como en el intersectorial con redes formales e informales. Redes a las que está obligada a conocer en aras de una óptima coordinación de recursos, estableciéndose entre enfermeras gestoras y trabajadoras sociales estrategias de mejora coste-efectivas.

Una vez que se capta al usuario y su cuidadora, después se realiza una valoración exhaustiva del caso y se establece cuál es la información más relevante y las necesidades más prioritarias, por lo tanto, dentro de su quehacer diario debe tener afianzada la competencia de la gestión clínica de los cuidados.

¿A qué tipo de usuarios va dirigida su cartera de servicios? ¿Qué población diana tiene?

1. Personas con procesos crónicos incapacitantes: problemas osteoarticulares, vasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica; neurológicos: con deterioro cognitivo, deterioro funcional.

2. Personas con procesos pluripatológicos y que, además, padezcan

un deterioro funcional que les haga permanecer en su domicilio.

3. Personas con procesos terminales con síntomas múltiples de gran impacto emocional en el paciente y su familia y que, igualmente, necesiten cuidados paliativos en el domicilio.

4. Personas que necesitan continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria.

5. Cuidadoras familiares.

6. Personas cuidadas en instituciones residenciales públicas y privadas.

¿Cuál es el perfil de esta figura?

Básicamente debe ser un profesional con un mínimo de habilidades en: a) la comunicación: capaz de desarrollar relaciones interpersonales constructivas, con el paciente, la familia, los diferentes profesionales implicados en todos los niveles asistenciales y en los diferentes sectores. Dentro de las habilidades deben destacar la empatía y la asertividad; b) la gestión de un equipo de trabajo, sobre todo en la planificación y organización. Debe trabajar con equipos multidisciplinares, con competencias complementarias y algunas comunes, por tanto siempre debe buscar la cooperación y la colaboración;

c) la negociación: acostumbrada a resolver conflictos y con capacidad de llegar a consensos con relativa rapidez y efectividad. Deben crear un clima de interés mutuo planteando problemas reales y dando soluciones beneficiosas para todos; y d) adaptación a situaciones nuevas y a trabajar con varios profesionales a la vez.

Además deben demostrar un alto conocimiento en:

1. El cuidado a las personas mayores dependientes y sus cuidadoras, en la gestión del caso y en la coordinación de recursos.

2. Los programas relacionados que se desarrollan en el Servicio Andaluz de Salud, ya que debe ser el marco de referencia de este servicio: desde el programa de atención a personas mayores de 65 años, hasta el plan de mejora de atención a personas cuidadoras de grandes discapacitados, pasando por programas específicos de atención a inmovilizados, altas hospitalarias precoces y complejas, plan de temperaturas extremas, etc.

3. La metodología de cuidados básica: realización de una valoración integral dentro de un modelo de cuidados de identificación del diagnóstico enfermero ajustado a la taxonomía

NANDA (*North American Nursing Diagnosis Association*) y/o problemas interdisciplinares de colaboración además del uso de los instrumentos (índices, test, escalas, etc.) necesarios y de apoyo a este proceso.

4. El manejo de la aplicación de la historia de salud Diraya.

5. Elaboración, coordinación y realización de talleres dirigidos a cuidadoras.

6. Recursos y servicios disponibles en la zona, así como la gestión e indicación del material ortoprotésico proveniente de las ayudas al plan de apoyo a las familias andaluzas.

La formación suplementaria para la enfermera gestora de casos se ha de centrar en: metodología de Enfermería avanzada, profundización en las taxonomías utilizadas NANDA, NOC (Clasificación de los resultados en Enfermería) y NIC (Clasificación de las intervenciones en Enfermería); manejo e intervención con familias; gestión de trabajo en equipo, desarrollando la toma de decisión compartida; funcionamiento burocrático del Servicio Andaluz de Salud; autocuidado y afrontamiento del estrés y prevención del *burnout*; negociación y gestión de conflictos; entrevista clínica motivacional; metodolo-

gía de investigación aplicada a los cuidados y a la mejora continua de la calidad; y manejo de la TIC (Tecnología de la Información y la Comunicación) y aplicaciones de telecuidados, recursos a domicilio y altas hospitalarias complejas.

¿Cuántas enfermeras gestoras de casos hay en Andalucía? ¿Son suficientes?

Existen 295 enfermeras comunitarias de enlace para los 371 centros de salud, 696 consultorios locales y los 405 consultorios auxiliares que existen en la red de Atención Primaria de Andalucía.

Es un número claramente insuficiente cuando estamos hablando de una población que pasa de los 8 millones de personas, con un 16% por encima de los 65 años, agravado por la necesidad de atención en los domicilios de altas cada vez más complejas.

¿Qué resultados se han obtenido, de cara a la mejora de la atención?

La conveniencia, idoneidad y la utilidad de esta figura está demostrada con los resultados en salud obtenidos.

En Canarias se realizó una evaluación de este servicio desde la perspectiva de la calidad del proceso, de diferentes resultados como resolución de problemas, calidad de vida, satisfacción de los usuarios y coste.

En Andalucía se ha finalizado el estudio ENMAD (Efectividad de nuevo modelo de atención domiciliaria en Andalucía)⁷; en él se evalúa el conjunto de medidas puestas en marcha para mejorar la atención domiciliaria en el marco del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas. Se ha demostrado que la labor de las enfermeras de enlace y de familia es un factor fundamental, contribuyendo con una mejora significativa en la atención que reciben los pacientes inmovilizados, terminales, altas hospitalarias y sus cuidadoras.

Es un estudio *cuasi*-experimental, controlado, no aleatorizado y multicéntrico sobre la población de los servicios de atención domiciliaria, que comparaba los resultados del modelo existente hasta la fecha con el nuevo, que incorporaba la gestión de casos por enfermeras, teniendo como variables de resultado primarias el estado funcional, la satisfacción y utilización de recursos sanitarios y como variables de resultados secundarias la captación de cuidadoras, la sobre-

carga de estas y la mortalidad e institucionalización de pacientes, además de calidad de vida de pacientes y cuidadoras y la función familiar.

En el estudio se detectaron diferencias en la capacidad funcional basal, significativamente menor en el grupo intervención (RR: 1,52; IC 95%: 1,05–2,21; $p=0,0016$), que desaparecieron a los 6 meses (RR: 1,31; IC 95%: 0,87–1,98; $p=0,178$).

A los 6 meses la sobrecarga de las cuidadoras mostró una reducción moderada en el grupo intervención, mientras que aumentó en el grupo control (Zarit basal: 57,06; IC 95%: 54,77–59,34 frente a 60,50; IC 95%: 53,63–67,37; $p=0,264$), (Zarit a los 6 meses: 53,79; IC 95%: 49,67–57,92 frente a 66,26; IC 95%: 60,66–71,86; $p=0,002$). Los pacientes del grupo intervención recibieron más sesiones de fisioterapia (7,92; IC 95%: 5,22–10,62 frente a 3,24; IC 95%: 1,37–5,310; $p=0,0001$) y requirieron menos visitas domiciliarias (9,40; IC 95%: 7,89–10,92 frente a 11,30; IC 95%: 9,10–14,54). No se detectaron diferencias en la frecuentación a Urgencias, ni en los reingresos. Adicionalmente, los pacientes del grupo intervención estaban más satisfechos (16,88; IC 95%: 16,32–17,43; rango: 0–21 frente a 14,65; IC 95%: 13,61–15,68; $p=0,001$).

¿Hacia dónde debería evolucionar la labor de la gestora de casos?

Es indispensable el avance en el modelo, marcado por la flexibilidad y la adaptación a cada realidad y entorno. Pensamos que debe continuar el apoyo institucional decidido y cohesionado, que aporte los recursos y la formación necesarios para que se mantenga y aumente la utilidad de esta figura en la sociedad.

Uno de los aspectos en los que profundizar y avanzar será, a nuestro entender, la gestión del conocimiento, siendo preciso que se institucionalice, creándose un banco de experiencias eficientes.

Se han allanado muchos caminos en la burocracia de la atención, pero todavía existen fronteras que limitan la continuidad asistencial, que es preciso eliminar o minimizar para que los servicios ofertados sean efectivos y menos complejos, para

lo que no nos faltan propuestas innovadoras.

Debemos avanzar hacia una identificación clara y coherente de la cartera de servicios de la enfermera gestora de casos, donde además de lo expuesto, tenga cabida la atención a personas con:

1. Procesos crónicos complejos.
2. Alta variabilidad en la evolución de su proceso.
3. Elevado consumo de recursos.
4. Factores sociales de riesgo.
5. Necesidad de atención de múltiples actores y en diferentes entornos.

La evidencia científica ha demostrado que la gestión de los cuidados de las personas con necesidades asistenciales complejas mejora notablemente cuando hay una persona clave (la enfermera gestora de casos) “coordinando estos cuidados y proporcionando la atención sanitaria”. La contribución de la enfermera gestora de casos supone un valor diferencial.

BIBLIOGRAFÍA

1. Johnson B. Psychiatric nurse consultant in a general hospital. *Nurs Outlook*. 1963;11(8):728-9.
2. Peplau HE. Psychiatric nursing skills and the general hospital patient. *Nurs Forum*. 1964;3(2):28-37.
3. Roberts D. Liaison mental health nursing: origins, definition and prospects. *J Adv Nurs*. 1997;25(1):101-8.
4. Duarte G, Izquierdo MD, Pérez G, Artilles J, Aguirre A, Cueto M. La enfermera comunitaria de enlace: una propuesta de mejora en atención domiciliaria. *Bol Enferm Comunit*. 2002;8(2):27-8.
5. Artigues Barberá M, et al. Enfermera de enlace: bidireccionalidad com-partida en atención domiciliaria. Puesta en práctica de un proyecto. *Aten Primaria*. 2001;28 Supl 1:124.
6. http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/principal/documentosAcc.asp?pagina=pr_desa_Innovacion7
7. Morales-Asencio JM, Gonzalo-Jiménez E, Martín-Santos FJ, Morilla-Herrera JC, Celdrán-Mañas M, Millán Carrasco A, et al. Effectiveness of a nurse-led case management home care model in Primary Health Care. A quasi-experimental, controlled, multi-centre study. *BMC Health Services Res*. 2008;8:193. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/193>

