



Universidad de Oviedo

Centro Internacional de Postgrado

Máster Universitario en Enfermería de Urgencias y Cuidados Críticos

**“PROYECTO DE GESTIÓN DE CASOS PARA PACIENTES CON
ENFERMEDADES CRÓNICAS EN LA COMUNIDAD DE
ASTURIAS”**

Nombre y Apellidos del Autor: Elena Pombo García

Nombre y Apellidos del Tutor: Laureano Alonso Calo

Fecha: Mayo de 2016

Trabajo Fin De Máster

INDICE

1. Introducción	4-5
2. Objetivos	6
3. Marco teórico	7-12
3.1. La gestión de casos	7-10
3.2. La relación entre los factores de riesgo y las enfermedades crónicas	10-12
4. Análisis estratégico	13-22
4.1. Matriz DAFO	18-19
4.2. Diagrama de causa- efecto o de Ishikawa	20-21
4.3. Resultados del análisis estratégico	22
5. Propuesta de intervención	23-40
5.1. Metodología	25-38
5.2. Recursos	38-39
5.3. Evaluación	39-40
6. Comentarios	41-42
7. Bibliografía y fuentes consultadas	43-47
8. Anexos	48-57
8.1. Anexo 1. Búsqueda bibliográfica	48-50
8.2. Anexo2. Cuestionario EQ-5D	51
8.3. Anexo3. Instrumento NECPAL CCOMS-ICO	52-54
8.4. Anexo 4. Consentimiento informado	55
8.5. Anexo 5. Encuestas de Satisfacción	56-57

1. INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas son el mayor desafío actual para los servicios de salud, con un evidente fracaso de los modelos de atención convencionales (1). El aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles en las últimas décadas, lleva a los países a la necesidad de instaurar estrategias para dar respuesta a estas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1999 ponía de manifiesto que: *“Se estima que en 1998 solamente las enfermedades no transmisibles han contribuido a casi el 60% (31,7 millones) de las defunciones mundiales y al 43% de la carga mundial de morbilidad. Sobre la base de las tendencias actuales se prevé que, para 2020, estas enfermedades serán la causa del 73% de la mortalidad y del 60% de la carga de morbilidad.”* (2)

Las enfermedades crónicas en España constituyen una gran carga para el Sistema Sanitario, según la encuesta Nacional de salud del año 2011-2012. (1)

En Asturias, según datos de la última Encuesta de Salud en el año 2012 el 32% de la población asturiana manifestaba tener un problema de salud crónico (3).

Por ello, la importancia de poner en el centro la asistencia del paciente y los cuidadores que están viviendo un proceso de enfermedad. Puesto que el envejecimiento poblacional y la cronificación de procesos, junto con el crecimiento tecnológico y la complejidad de la atención sanitaria, ofertan servicios muy efectivos a una gran mayoría de procesos agudos, pero no responden adecuadamente a la continuidad de la cronificación de estos.

Actualmente, los pacientes y cuidadores están rodeados de un equipo asistencial formado por diferentes profesionales a diferencia de como era antes, que únicamente las personas que más implicación tenían en el ámbito de la salud y enfermedad eran el médico y la enfermera.

Se está viviendo un cambio en esa visión, la salud no es solamente la ausencia de enfermedad sino que incluye muchas otras cosas. La OMS define la salud como un *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”* (4).

Por eso los problemas de salud se tratan desde distintos puntos de vista a través de un equipo profesional multidisciplinar.

El conjunto de sucesos que están teniendo lugar sobre la sociedad en lo que refiere a temas de salud, lleva a que se tomen medidas para gestionarlos de mejor manera, a través de, actividades de promoción y prevención en la salud y programas de gestión de casos de pacientes crónicos entre otros, todo esto desde un enfoque multidisciplinar.

2. OBJETIVOS

La prevalencia de enfermedades crónicas en Asturias ha aumentado significativamente en las últimas décadas y es probable que siga aumentando en los próximos años debido al creciente envejecimiento de la población, a la mejora de los cuidados y al incremento o mantenimiento de importantes factores de riesgo asociados como la obesidad, el sedentarismo, el consumo de alcohol y tabaco y las dietas alimenticias poco equilibradas (5).

Todo esto hace que sea necesario plantearse estrategias para buscar la sostenibilidad del Sistema Sanitario.

Debido a la problemática que se plantea, este trabajo de Fin de Máster tiene como tema central el diseño de un proyecto de gestión de casos para personas con enfermedades crónicas, cuyos objetivos son los siguientes.

→ **Objetivo principal**

Determinar un diseño de proyecto de gestión de casos para pacientes con enfermedades crónicas en la comunidad de Asturias.

→ **Objetivos secundarios**

1. Analizar la relación entre los factores de riesgo y las enfermedades crónicas en Asturias
2. Evaluar la situación actual de salud en la población de Asturias
3. Describir las funciones de las enfermeras gestoras de casos

3. MARCO TEÓRICO

3.1. LA GESTIÓN DE CASOS

El concepto de gestión de casos o gerencia de casos es muy flexible. Según la Case Management Society of America (CMSA), lo detalla como un “*proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y coste-efectivos*” (6).

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 (7).

Los nuevos avances en la biomedicina (8) han producido un aumento del envejecimiento y de la esperanza de vida de la población, esto unido a otros factores provocan un incremento de la prevalencia de enfermedades crónicas en las personas, las cuales, tienen unas repercusiones a nivel de la salud, y también social, por lo que se deben de tener en cuenta, para dar una respuesta efectiva.

Las enfermedades no transmisibles (ENT) o crónicas son afecciones de larga duración con una progresión generalmente lenta (9).

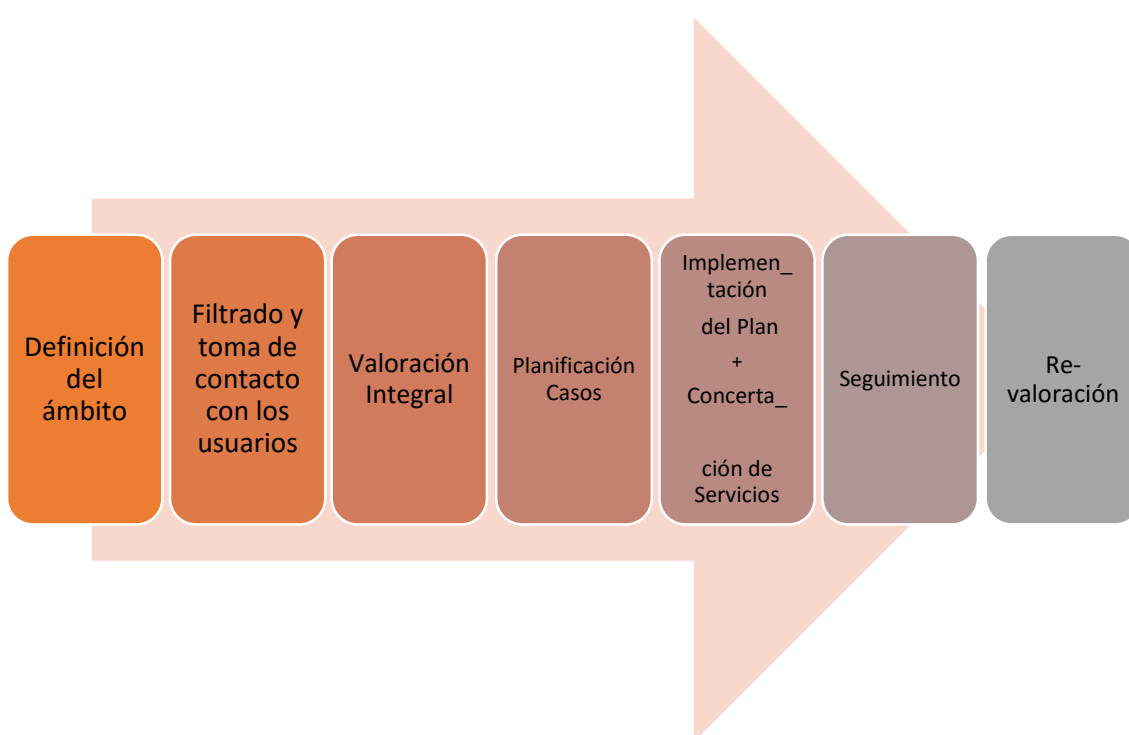
Funciones fundamentales de la gestión de casos

Las funciones necesarias para desarrollar una buena gestión de casos son (Figura 1) (10):

1. *Definición del ámbito* con el fin de identificar y reclutar a los clientes más adecuados.
2. *Filtrado y toma de contacto* con los posibles usuarios.
3. *Valoración integral* para identificar sus necesidades y el apoyo que precisa en las principales áreas funcionales.
4. *Planificación de casos* es el proceso mediante el cual después de la recogida de los datos durante la valoración se toma como base para recomendar un conjunto de servicios. Es como una asignación de los recursos.

5. *Implementación del plan y concertación de servicios*, se establece el contacto con los diferentes servicios que se han incluido en el plan para la prestación de estos. Incluye la negociación con estos.
6. *Seguimiento* es imprescindible y permite al gestor dar respuesta inmediatamente a los cambios que se produzcan en función de cada situación del usuario.
7. *Re-valoración* sirve para revisar los cambios producidos desde la primera valoración, donde se observan los avances del paciente.

Figura 1. Funciones fundamentales de la gestión de casos



Fuente: Propia

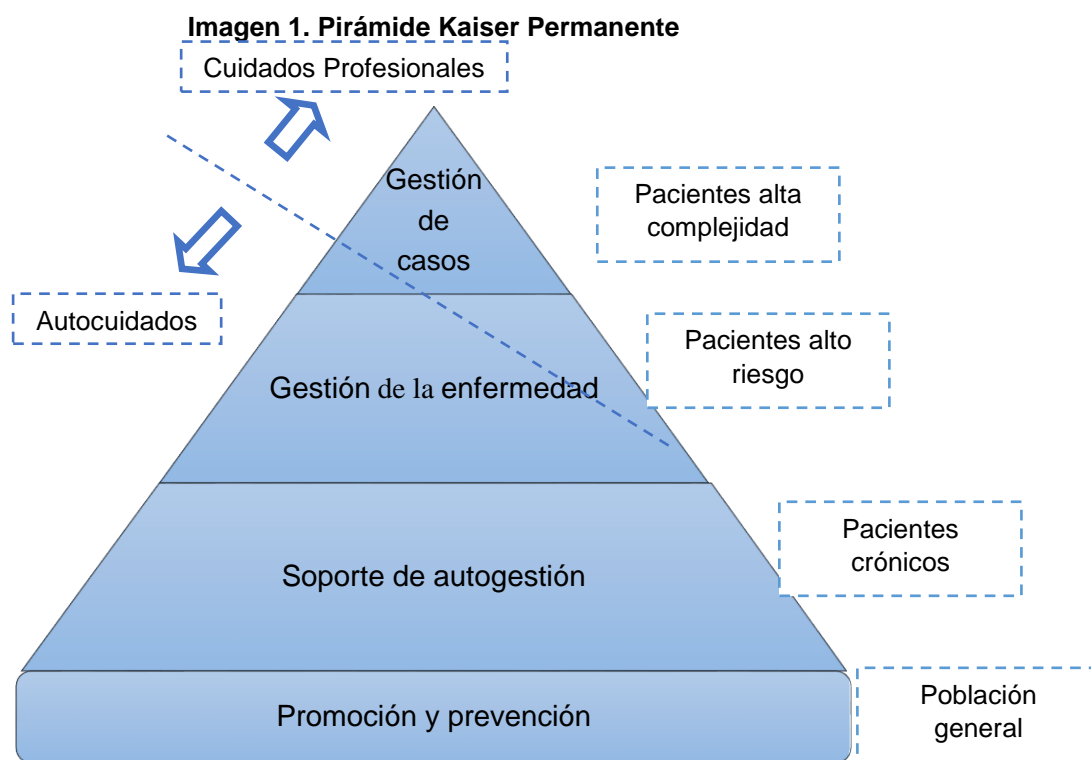
Los cambios sociales y demográficos acaecidos son:

- El aumento de la esperanza de vida.
- El aumento del número de personas con dependencia y enfermedades crónicas.
- El paso de familias numerosas y unidas, a otras menos numerosas y más disgregadas.
- La incorporación de la mujer al trabajo.

Todo esto supone una serie de consecuencias para la estructura social y el Sistema Sanitario. Por lo tanto, se deben de tomar medidas para enfrentarse a ello, y así dar soluciones que mantengan un nivel óptimo de salud y se presten unos servicios de calidad, ya que la población crónica y dependiente, es la que utiliza en mayor medida los recursos sanitarios y sociales disponibles.

La gestión de casos tiene como objetivo el apoyo a las personas con patologías crónicas complejas que necesitan cuidados a largo plazo, a través de la coordinación de los recursos que precisan. Con esto, se consigue una optimización de los recursos, puesto que se usan de forma eficiente evitando en muchos casos duplicados de pruebas, de consultas, etc. reduciendo así el coste económico.

El modelo de pirámide Kaiser identifica tres niveles de intervención según el nivel de complejidad del paciente crónico (11).



Fuente: Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos, 2013

La gestión de casos se aplica en los pacientes de alta complejidad que constituyen el tercer nivel de la pirámide.

A la hora de aplicar la gestión de casos, los profesionales deben tener en cuenta los principios éticos de: beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia. Los cuales son indispensables para realizar una buena práctica.

Las enfermeras gestoras de casos consiguen desarrollar una atención integral, desarrollando una comunicación y confianza con los pacientes y aumentando sus autocuidados.

3.2. LA RELACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS

Existen unos factores de riesgo que predisponen el desarrollo de enfermedades crónicas, que es necesario tenerlos en cuenta, para luego poder establecer estrategias y programas, y así hacer que las personas modifiquen sus conductas a cerca de ellos. Algunos de los más importantes son:

A. Tabaco y alcohol

El tabaco constituye un factor de riesgo para algunas enfermedades como es la cardiopatía isquémica o la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) entre otras. Aunque la cifra de consumo de tabaco ha descendido a nivel nacional al 24%, en Asturias está entre un 22% y 25%.

Según la encuesta de salud de Asturias del 2012, se observaba que en la última década está disminuyendo la proporción de fumadores. En lo que se refiere a la prevalencia total, pasó del 32,5% en el año 2002 al 30,4% en el 2008 y al 29,1% actualmente (12).

La tendencia es hacia el descenso del consumo de tabaco, pero aun así constituye uno de los factores de riesgo modificables de enfermedades crónicas más influyentes, ya que aumentan la morbilidad y a la larga ocasionan una disminución de la calidad de vida de las personas.

El consumo de bebidas alcohólicas supone un riesgo para la salud, un 4% de la población asturiana de 15 y más años declara beber con una frecuencia e intensidad que supondría un riesgo crónico para la salud. Es mayor la proporción de bebedores de riesgo en hombres (4,2%) que en mujeres (3,7%). En términos poblacionales unas 38.000 personas de 15 y más años realizarían un consumo de riesgo (13) .

Este es mayor en los hombres a partir de los 45 años, mientras que las mujeres declaran consumos crónicos superiores en los grupos de edad más jóvenes.

Estos datos son importantes para poder hacer actividades de prevención encaminadas a la población con mayor riesgo de adquirir un consumo crónico de alcohol.

El consumo de alcohol afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos y sistemas, por lo que se relaciona con numerosos problemas sanitarios, incluyendo enfermedades mentales, neurológicas, digestivas, cardiovasculares, endocrinas y metabólicas, perinatales y cáncer entre otras, por lo que su consumo es perjudicial para las personas (14).

B. Alimentación y obesidad

Los resultados que aporta la Encuesta de Salud de Asturias en el año 2012- 2013 indican que un 44% de la población adulta tiene cifras de normopeso, un 37% tiene problemas de sobrepeso y un 16,7% de obesidad (15) .

El sobrepeso y la obesidad son mayores en las personas que residen en el hábitat rural (41,8%) que en las que viven en el urbano (36,1%) y en las cuencas (37,5%) (15).

Según la Encuesta Nacional de salud del 2011-2012, hay un 47,27% de personas que consumen dulces a diario frente al 35,18% a nivel nacional (16).

Es muy importante que desde las etapas tempranas de la vida, se promueva una alimentación equilibrada para evitar el sobrepeso y la obesidad, los cuales, constituyen factores de riesgo de enfermedades crónicas que a la larga producen un deterioro de la calidad de vida de las personas que las padecen.

C. Sedentarismo

Actualmente, debido a los cambios sociales, donde las nuevas tecnologías han modificado los hábitos de ocio y juego, en las últimas décadas, la mayoría de la población está incorporando un estilo de vida sedentario, por lo que la actividad física que realiza cada persona se ve disminuida, reduciéndose también el gasto energético, y con esto rebajando los beneficios que posee sobre la salud.

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), se ve un aumento en el porcentaje de sedentarismo conforme aumenta la edad.

Según la Encuesta de Salud del año 2011-2012, el porcentaje de 16 y más años que realiza ejercicio físico en el tiempo libre es del 65,18% en Asturias, frente al 59,08% a nivel nacional.

Más de un tercio de los/as asturianos/as no realiza ejercicio físico en el tiempo libre (34,3%) y un 46,6% declara hacerlo de manera ocasional. Solo hacen ejercicio intenso en forma de entrenamiento un 8% de la población de 15 y más años (15).

D. Hipertensión arterial

Según datos de la Encuesta de Salud el 24% de la población de Asturias presenta hipertensión arterial (HTA) (17), esta constituye uno de los principales factores de riesgo de enfermedades cardiovasculares. Por lo que es importante la prevención de ésta debido a los problemas que puede ocasionar en las personas.

Todos los factores descritos anteriormente, son modificables por lo que es relevante que se tengan en cuenta, a la hora de realizar estrategias de trabajo sobre ellos, puesto que disminuyéndolos también se reducirá la prevalencia de enfermedades crónicas.

Existen más factores de riesgo de enfermedades crónicas que a veces pueden constituir en sí mismos enfermedades y pueden dar lugar a otras como sería el ejemplo de la diabetes. Pero se incluyen estos por qué son de los que más datos estadísticos existen en la Comunidad de Asturias.

4. ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE), en 2013 el porcentaje de población mayor de 65 años era de un 17,68%, en el año 2014 fue de 18,05% y en 2015 de 18,39% (18). Se observa un alza en el periodo de edad de mayores de 65 años a nivel nacional. Por el contrario según los datos de población total de España se ve un descenso de los residentes españoles pese al aumento de los mayores de 65 años.

La población del Principado de Asturias ha ido variando en los últimos años, pero también se observa que pese a descender la población de la Comunidad Autónoma, se aprecia un aumento cada vez más creciente de la población mayor de 65 años, constituyendo un 23,54% de la población total en el año 2014 (19), como se muestra en la siguiente tabla:

Tabla 1. Población en el Principado de Asturias

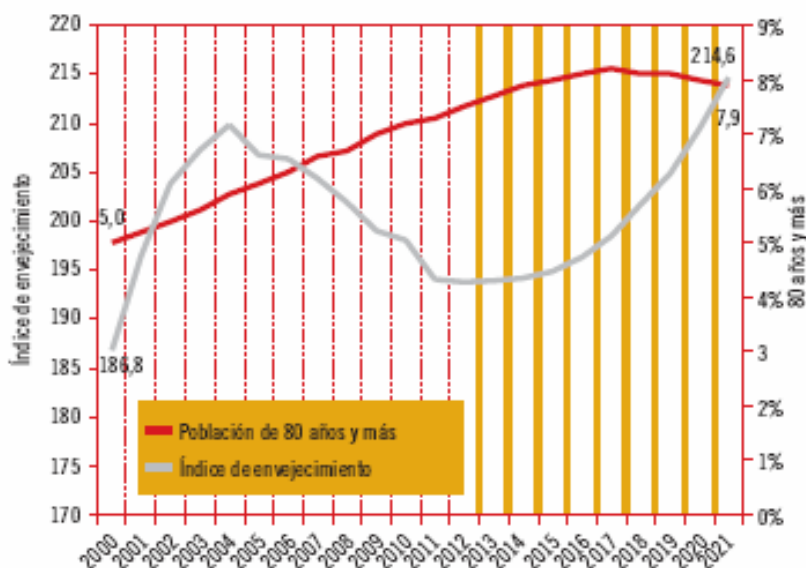
POBLACION		
AÑO	TOTAL	>65 AÑOS
2014	1.061.756	249.988
2013	1.068.165	246.369
2012	1.077.360	315.604
2011	1.081.487	168.899
2010	1.071.484	243.037
2009	1.085.289	237.060

Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Por lo que tanto a nivel nacional como en Asturias se cumple que hay un descenso de la población total y un aumento de las personas mayores de 65 años.

En Asturias, existe un aumento del envejecimiento de la población en los últimos años (20) como se ve en la Tabla 2 y 3.

Tabla 2. Evaluación del envejecimiento de la población en Asturias



Fuente: Observatorio de Salud de Asturias, 2014

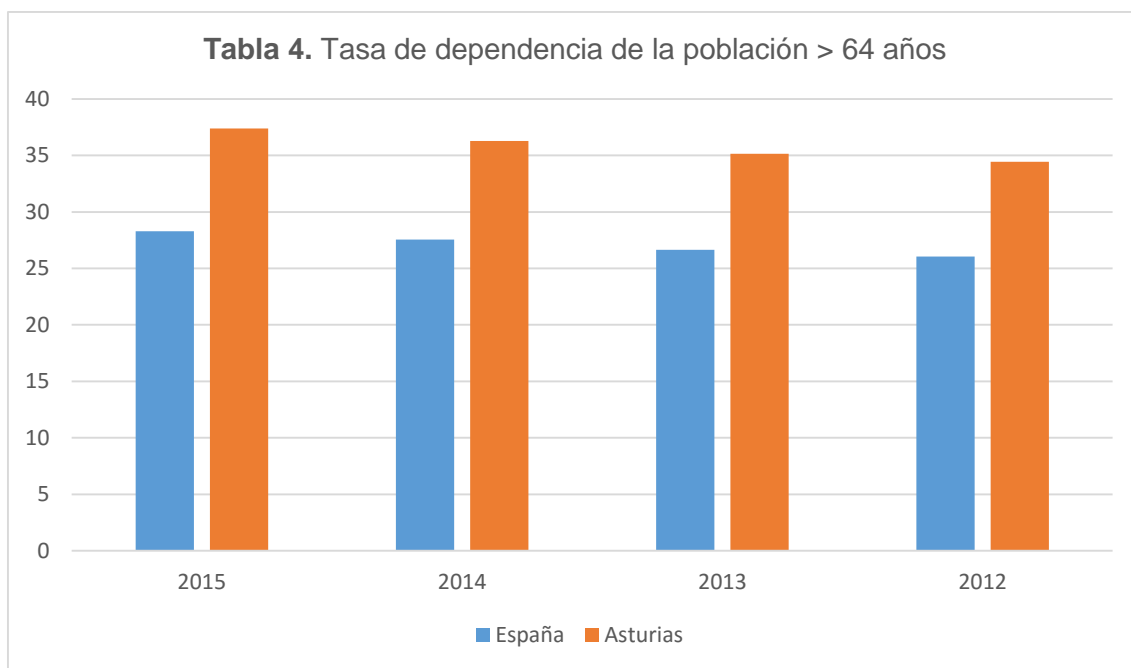
Tabla 3. Indicadores Sociodemográficos Asturias

	2014	2013	2011
INDICE ENVEJECIMIENTO (%)	212,22	211,04	210,95

Fuente: Memoria SESPA.

Si analizamos los datos anteriores, se puede afirmar que hay un aumento de las personas mayores de 65 años con lo que eso supone para la sociedad. Aunque es preciso señalar que en Asturias el porcentaje de esta población es mayor que con respecto a los datos totales del país.

Según datos del INE, se observa que conforme aumenta el envejecimiento también lo hace el grado de dependencia de la población. La tasa de dependencia de la población mayor de 64 años es más acusada en Asturias que en comparación a España, viendo cómo ha ido creciendo en los últimos años (21).



Fuente: Instituto Nacional de Estadística (INE)

El aumento de éste, implica que también se produzca un aumento de los problemas crónicos en Asturias, por lo que es necesario que se empiecen a tomar medidas para dar respuesta a la demanda que se plantea.

A continuación en la Tabla 5, se muestran los porcentajes de población española con alguna enfermedad crónica percibida recogidos en la Encuesta Nacional de Salud del año 2011-2012.

Tabla 5. Población con alguna enfermedad o problema de salud crónico percibido según grupos de edad. 2011-2012

Grupos de edad	Hombres	Mujeres
De 25-34 años	19%	25,1%
De 35-44 años	27,7%	36%
De 45-54 años	40,1%	48,9%

De 55-64 años	53,2%	61,9%
De 65-74 años	65,3 %	70,8%
De 75-84 años	77,6%	78%
De 85 y más años	76,8%	82,7%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE- MSSI

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2011-2012, la población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido en una población de 15 y más años, a nivel nacional era de un 42,41% y en Asturias de un 45,65% (22).

Como se ha mencionado anteriormente hay que tener en cuenta los datos de los factores de riesgo para la salud, los cuales influyen también en el aumento de las enfermedades no transmisibles.

La cardiopatía isquémica constituye la primera causa de muerte en España y en Asturias. En esta última, ocupa una posición de las más altas en el conjunto nacional (23). En la siguiente tabla, se muestran los porcentajes de enfermedades cardiovasculares a nivel nacional y de Asturias (20):

Tabla 6. Problemas o enfermedades en relación con patología cardiovascular padecidos en los últimos 12 meses diagnosticadas por un médico en población de 15 y más años. 2011-2012

	Hipertensión Arterial	Infarto de Miocardio	Embolia, Infarto o Hemorragia Cerebral	Otras Enfermedades del Corazón
España	18,5%	0,8%	0,65%	4,6%
Asturias	21%	1,1%	1,86%	8,3%

Fuente: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012. INE- MSSI

El EPOC es la enfermedad respiratoria con más prevalencia. Un 6,4% de la población adulta de Asturias lo padece según la Encuesta de Salud de Asturias de 2012 (23).

Según el Instituto Nacional de Silicosis (INS), en 2012 hubo un total de 34 nuevos casos de silicosis en Asturias, siendo la tercera comunidad con más casos nuevos del territorio nacional por

detrás de Castilla y León y Galicia. Se observa un descenso en España conforme a los años anteriores, pero se mantienen los niveles similares o superiores a los años 2006 y 2008 (24).

La silicosis está relacionada con cardiopatía, EPOC, tuberculosis pulmonar residual y fibrosis masiva progresiva. Hay que señalar que es una situación crónica y que se seguirán generando nuevos casos de silicóticos en los próximos años, por lo que no existe un horizonte para erradicar, o reducir de forma drástica, la enfermedad en los colectivos más afectados (24).

Un 6,96% de la población española padece diabetes y un 5,68% en Asturias (20).

Estos son algunos de los datos sobre la situación actual en España y en Asturias sobre las enfermedades crónicas, la cual se prevé que vaya en ascenso.

4.1. MATRIZ DAFO

El análisis DAFO es una metodología muy utilizada para el estudio de una determinada situación puesto que proporciona una visión sobre el entorno interno, mediante las debilidades y fortalezas, y del entorno externo, a través de las amenazas y oportunidades, lo que permite planificar una estrategia de futuro adecuada y eficaz.

Este es necesario puesto que toda organización o proyecto está inmerso en un entorno, no se encuentra de forma aislada, por lo que es muy importante realizar el análisis DAFO para así preparar la estrategia que luego se llevará a cabo.

En el análisis interno, se encuentra todo lo referente a los centros sociosanitarios incluidos los profesionales y las relaciones entre estos, y también los factores sociales de la población con enfermedades crónicas de Asturias que se ven reflejados en la Encuesta de Salud de Asturias y el Instituto Nacional de Estadística (INE).

En el análisis externo, se incluyen los cambios sociales, los recursos y las organizaciones exteriores, distribuyéndolos entre las amenazas u oportunidades según sea favorable o desfavorable a la contribución de las enfermedades crónicas.

ANÁLISIS INTERNO	ANÁLISIS EXTERNO
<p style="text-align: center;">DEBILIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Escasa formación sobre la cronicidad • Estilo de vida sedentario • Alimentación desequilibrada • Inadecuado seguimiento de los pacientes con enfermedades crónicas • Escasas relaciones entre atención especializada y primaria • Cultura familiar 	<p style="text-align: center;">AMENAZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aumento envejecimiento población • Aumento de la enfermedades crónicas • Sistema de salud insostenible • Descoordinación distintos niveles asistenciales • Sistema jerarquizado y tradicionalista • Situación económica actual • Inequidad territorial
<p style="text-align: center;">FORTALEZAS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Paciente como eje del sistema sanitario • Informatización de las historias clínicas • Mayor número de herramientas para la comunicación 	<p style="text-align: center;">OPORTUNIDADES</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo de organizaciones para establecer programas de cronicidad • Disponibilidad de centros sanitarios en la Comunidad • Posibilidad de cambiar la visión y misión de las organizaciones

4.2. DIAGRAMA DE CAUSA- EFECTO O DE ISHIKAWA

El diagrama de causa- efecto o de espina de pescado o de Ishikawa permite detectar de manera gráfica el problema en cuestión, y la etiología del mismo, para así priorizar y actuar sobre las causas más importantes. En este caso supone un complemento al análisis de la matriz DAFO.

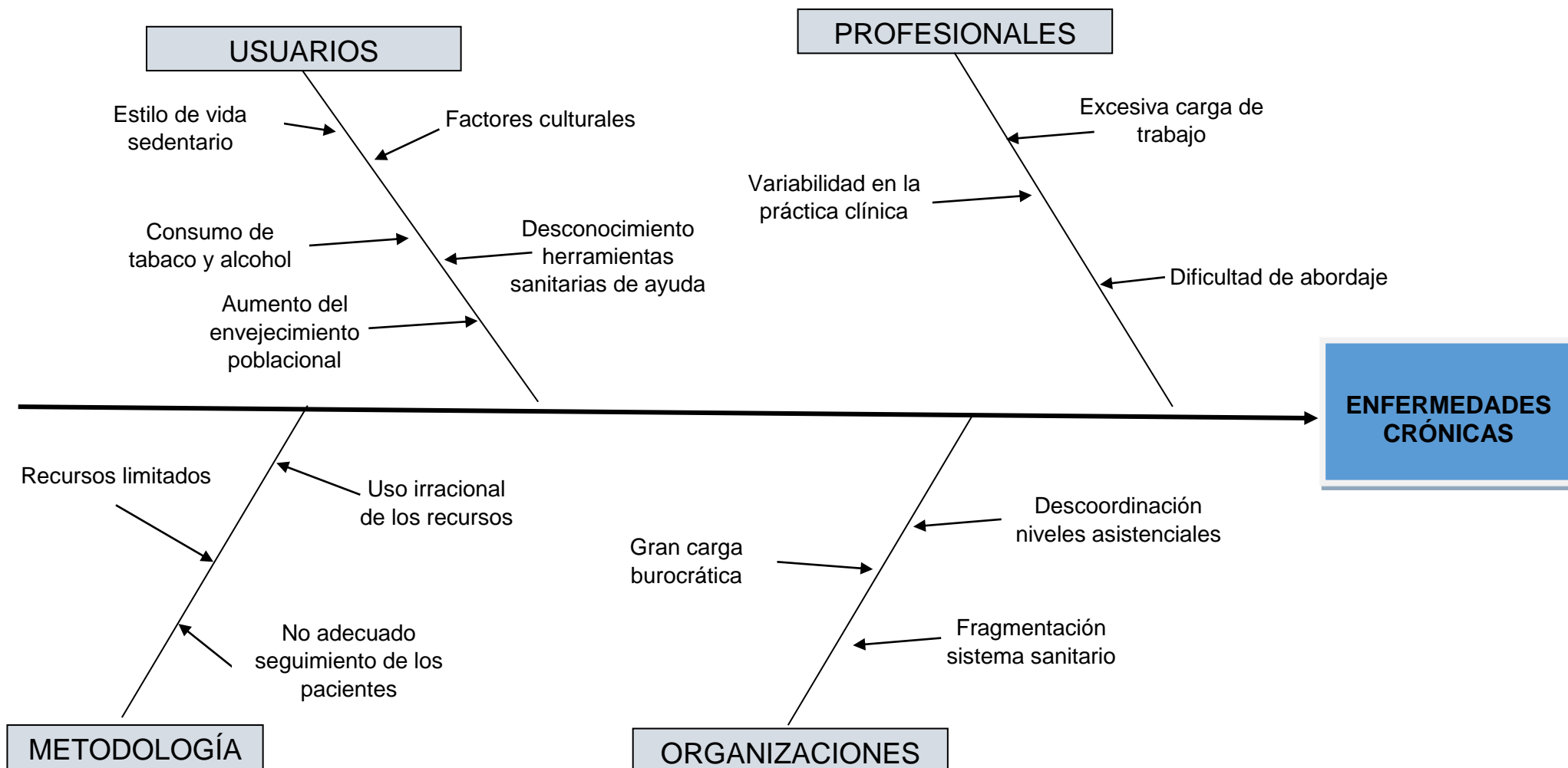
Ambas herramientas sirven para reflexionar sobre aspectos concretos de intervención para la gestión de casos.

En este caso, el problema detectado sería el aumento de las enfermedades crónicas en Asturias.

Las causas principales para este son:

- **Usuarios:** las causas serían factores de riesgo de enfermedades crónicas (Tabaco, alcohol, estilos de vida sedentarios, etc.) sobre su salud y los factores culturales que influyen en los estilos de vida. El desconocimiento de herramientas sanitarias para los problemas de salud pueden provocar un peor seguimiento del proceso de enfermedad.
- **Profesionales:** la dificultad de abordaje debido a la complejidad a la hora de cambiar hábitos en las personas y la excesiva carga de trabajo. La variabilidad de la práctica clínica, cada uno trabaja de forma diferente y con distintos objetivos.
- **Metodología:** no existe un adecuado seguimiento de los casos por parte de los profesionales, la fragmentación del sistema sanitario dificulta llevar una continuidad de los cuidados de los pacientes. Además los recursos existentes son limitados por lo que también es un problema a la hora de realizar programas de cronicidad. En muchas ocasiones los recursos se usan de forma irracional, aludiendo en ocasiones a la idea de pedir continuamente pruebas sin razón.
- **Organizaciones:** Existe una gran carga burocrática que a veces hace que los profesionales se centren más en ésta que en el propio paciente. Además, la descoordinación entre los diferentes niveles asistenciales con la consiguiente fragmentación del sistema sanitario, son causas de estas.

Diagrama de causa -efecto



4.3. RESULTADOS DEL ANÁLISIS ESTRATÉGICO

Como conclusiones del análisis estratégico, se observan algunos de los factores que influyen en el desarrollo de enfermedades crónicas.

Se deben de aprovechar las nuevas tecnologías para unir a los profesionales, y disminuir la fragmentación del Sistema Sanitario, teniendo como objetivo común el paciente.

La etiología multicausal de este problema de salud, condiciona la necesidad de emprender una planificación con un enfoque multidisciplinar, mediante un trabajo conjunto entre los servicios de salud pública, los servicios de atención primaria, y las instituciones y entidades ciudadanas apoyado por políticas sanitarias (25).

Se debe de tener una concienciación por parte de la sociedad a cerca de esto para así tener una buena respuesta, puesto que si se sigue trabajando como hasta ahora corremos el peligro de que el sistema sanitario sea insostenible estableciéndose un problema mucho más grande.

Todo este análisis, ayudará a establecer un diseño de un proyecto de gestión de casos eficiente y eficaz de cara a la lucha contra las enfermedades crónicas en Asturias.

5. PROYECTO DE GESTIÓN DE CASOS DE PACIENTES CRÓNICOS

5. PROYECTO DE GESTIÓN DE CASOS DE PACIENTES CRÓNICOS

❖ *Justificación*

Existe la necesidad de una nueva perspectiva sobre las enfermedades crónicas que englobe la prevención y promoción de la salud y el cuidado continuo, exigida por una sociedad cambiante. Por eso, aparece la obligación por parte de los profesionales sanitarios y de los gobiernos de establecer programas que nos permitan el manejo de la situación acaecida.

La continuidad de cuidados se favorece cuando es el mismo profesional el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar. Es más rápido, eficaz y seguro para el paciente, y más coste-efectivo para el conjunto del sistema sanitario (26).

De ahí nace la necesidad de un proyecto con la figura de la enfermera gestora de casos para dar respuesta a esta.

❖ *Objetivos del proyecto*

- Objetivo principal
 - Implementar la práctica de enfermería clínica avanzada adaptándose a las necesidades de los pacientes crónicos
- Objetivos secundarios
 - Describir las actividades de las enfermeras gestoras de casos
 - Mejorar la satisfacción de los pacientes y cuidadores
 - Mejorar la asistencia sanitaria y la calidad de vida de los pacientes y cuidadores

❖ *Grupo diana*

- Personas residentes en la comunidad del Principado de Asturias
- Pacientes con dos o varias enfermedades crónicas:
 - ✓ Diabetes Mellitus
 - ✓ Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)
 - ✓ Silicosis

- ✓ Insuficiencia Cardíaca
 - ✓ Cardiopatía Isquémica
 - ✓ Demencias
 - ✓ Accidente Cerebro Vascular
 - ✓ Insuficiencia Renal
 - ✓ Hepatopatía crónica
 - ✓ Enfermedades neurológicas
- Pacientes con deterioro funcional
 - Pacientes polimedicados
 - Personas con reingresos hospitalarios no programados o que requieran visitas continuas a urgencias

Este modelo trabaja con casos complejos, entendidos como el conjunto de paciente, cuidadores y entorno. Son enfermos de alta complejidad, del nivel 3 de la pirámide de Kaiser. Suelen ser pacientes crónicos avanzados o pacientes paliativos, mayores de 65 años, con pluripatología, polimedicados y con estructuras frágiles de cuidadores.

❖ **Personas excluidas**

- Personas institucionalizadas en residencias asistidas
- Pacientes oncológicos
- Pacientes en diálisis
- Pacientes que no acepten participar
- Pacientes menores de 14 años

5.1. METODOLOGÍA

❖ *Lugar*

La idea principal es realizar el proyecto en toda la Comunidad de Asturias, pero para comenzar a llevarlo a cabo, se hará un proyecto piloto que se realizará en el Área IV que corresponde a Oviedo. Este tendrá lugar en el Hospital Universitario Central de Asturias

(HUCA), Hospital Monte Naranco y los diecinueve Centros de salud del Área IV. Una vez evaluado el pilotaje se desarrollará en el resto de la Comunidad de Asturias.

Figura 2. Mapa Sanitario de Asturias



Fuente: AsturSalud, 2007

Las personas que están en casa limitadas debido a las múltiples enfermedades crónicas y el deterioro funcional se enfrenta a las dificultades del acceso a los servicios de atención primaria habituales y se encuentran entre los pacientes más costosos para el sistema de salud (27). Por lo que es muy importante que se les facilite el acceso y una manera de hacerlo es la atención a domicilio.

❖ *Cronograma*

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	OCTUBRE	NOVIEMBRE	DICIEMBRE
FORMACION PROFESIONALES	X											
CAPTACION PACIENTES		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
CONSULTA CON EGC		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
REUNIONES GRUPO TRABAJO		X		X		X		X		X		
EVALUACION PRIMEROS RESULTADOS											X	X

❖ *Método de captación de participantes*

Los pacientes que sean incluidos en el proyecto de cronicidad deben de cumplir una serie de requisitos. Estos serán escogidos mediante unos criterios por parte de los profesionales de la salud, a través de la ayuda de escalas y cuestionarios.

La clasificación de las patologías de los pacientes que entrarán dentro del programa es la siguiente:

- Insuficiencia cardíaca que en situación de estabilidad clínica haya estado en clase II (ligera limitación de la actividad física, síntomas en reposo; actividad física normal causa fatiga, palpitaciones, dolor anginoso o disnea) según la NYAH (28)
- Cardiopatía isquémica
- Enfermedad renal crónica grado 3B (29)
- EPOC y Silicosis que en situaciones de estabilidad presente un grado 2 (la disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso) en la escala de disnea- MRC modificada (30)
- Diabetes mellitus con complicaciones (retinopatía, neuropatía, nefropatía, etc.)
- Accidente Cerebro Vascular con secuelas
- Hepatopatía crónica con un grado B (compromiso funcional significativo) según la escala Child-pugh (31)
- Enfermedades neurológicas con limitación de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Para ello, se hará mediante la derivación de los pacientes a través de los médicos y enfermeras de Atención Primaria, médicos especialistas, del servicio de urgencias hospitalarias, asistente social, etc. Estos se pondrán en contacto con las diferentes enfermeras de casos y se procederá de forma conjunta a la valoración del paciente para su incorporación al proyecto.

La escala de Barthel se empleará para valorar el nivel de autonomía de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD). Refleja muy bien el nivel de dependencia que tiene la persona, por lo que

es una información útil que permite identificar necesidades del paciente que son importantes y que posteriormente se usará para ver los recursos que se necesitan.

Los cuestionarios de calidad de vida de los pacientes que tienen enfermedades crónicas son una herramienta importante de valoración, puesto que, permiten detectar población vulnerable. El Cuestionario EQ-5D (Anexo 2) permite conocer la calidad de vida relacionada con la salud de la población adulta.

El instrumento NECPAL CCOMS-ICO (Anexo 3) sirve para identificar pacientes con enfermedades crónicas avanzadas y el pronóstico de vida limitado, que pueden requerir algún tipo de intervención paliativa en nuestro entorno sanitario y social (32). En este caso, se usará como herramienta para evaluar a los pacientes que sean candidatos para el proyecto, puesto que, permite identificar a los pacientes complejos.

Los participantes que quieran formar parte del proyecto, firmarán un consentimiento informado (Anexo 4) con el fin de que estos conozcan el programa que se llevará a cabo y den su consentimiento para participar en él.

❖ *Objetivos y actividades de las enfermeras gestoras de casos*

Antes de poner el proyecto en funcionamiento, es necesaria una formación adecuada y completa a las enfermeras gestoras de casos para que realicen el desempeño de sus funciones correctamente. Además, estas deben de tener experiencia en su trabajo. Los profesionales que entren dentro del proyecto deberán de conocer el funcionamiento de este y los objetivos que se quieren alcanzar.

Se proponen tres figuras: Enfermera Gestora de Casos de Atención Especializada; Enfermera Gestora de Casos de Cuidados Avanzados; y Enfermera Gestora de Casos de Continuidad. La primera dependerá funcionalmente de la Dirección del Hospital y las otras dos de la Dirección de Atención Primaria.

1. Enfermera Gestora de Casos de Atención Especializada

Su población diana son las personas ingresadas en el hospital (HUCA y H. Monte Naranco). Es decir, pacientes que, por la complejidad de su estado de salud, requieran la coordinación con diferentes profesionales o servicios y la movilización de los recursos necesarios para garantizar una atención holística y continuada de sus necesidades y las de sus cuidadores.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
A. Mejorar la continuidad de los cuidados durante la transición al domicilio tras el alta hospitalaria	<ul style="list-style-type: none">• Se pondrá en contacto con la enfermera gestora de continuidad o con la de cuidados avanzados, dependiendo de si necesita cuidados de enfermería avanzados en su domicilio o no.• Remitirá todos los informes que se hayan elaborado durante el ingreso del paciente a los profesionales• Tramitación de solicitudes al almacén del material que el paciente necesite en el domicilio• Gestión de citas al especialista previo a su traslado al domicilio
B. Favorecer la coordinación de la atención integral durante la estancia hospitalaria	<ul style="list-style-type: none">• Compaginar las interconsultas y pruebas que este necesite durante su ingreso hospitalario
C. Fomentar la continuidad de cuidados entre los interniveles	<ul style="list-style-type: none">• Coordinación y organización de los recursos que cada paciente necesite en función del plan de cuidados personalizado• Participación en la coordinación de los ingresos que procedan desde Atención Primaria
D. Captar a la población diana en el hospital	<ul style="list-style-type: none">• Será derivada por los profesionales del área hospitalaria y/o de urgencias como: médicos especialistas, jefes de unidad de los servicios, trabajadores sociales, etc. La derivación se podrá realizar

	<p>por vía telefónica o realizando un informe de solicitud para el proyecto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buscará de forma activa a través de los diferentes servicios del hospital a pacientes que por su complejidad se beneficien de los servicios que puede ofrecerles la gestión de casos.
--	--

2. Enfermera Gestora de Casos de Cuidados Avanzados

Proporcionará cuidados de enfermería avanzados a sus pacientes y gestionará sus casos. Muchas personas con enfermedades crónicas tienen afectada profundamente su salud y su capacidad funcional por lo que necesitan un seguimiento en su domicilio. La atención domiciliaria depende de la regularidad con que el paciente es seguido por los profesionales (26). Esto quiere decir que a mayor regularidad mejor seguimiento y atención. El cupo de pacientes que tendrá será como máximo de 55 personas. Su círculo de actuación será en el domicilio y por vía telefónica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
<p>A. Elaborar un plan de cuidados personalizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del paciente y cuidadores según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon e identificación de problemas • Planificación y ejecución de las actividades necesarias para mejorar su estado de salud • Evaluación de los resultados obtenidos • Se realizará conjuntamente con los diferentes profesionales sanitarios, los cuidadores, y el paciente.
<p>B. Disminuir el número de ingresos innecesarios de los pacientes</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Administrar tratamiento específico según pauta médica en situaciones agudas

	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a los pacientes con alto riesgo de ingresos evitables
C. Prevenir complicaciones en el paciente	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la buena adherencia el tratamiento • Controles periódicos sobre sus patologías • Realizar intervenciones de prevención • Seguimiento continuado en su domicilio
D. Promover la autonomía y el autocuidado de los pacientes y cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> • Educación y concienciación de estilos de vida saludables al paciente y cuidador • Enseñar a realizar correctamente las actividades diarias que necesita el paciente (aseo, movilización, manejo de ostomías, cura de heridas, etc.) • Apoyo individual al cuidador • Resolver dudas acerca de los tratamientos e intervenciones
E. Facilitar el acceso a los recursos sanitarios y sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Gestión de material sanitario necesario para el paciente • Tramitar la gestión de citas con los especialistas • Coordinar con trabajador social los servicios de apoyo que precise
F. Mejorar la calidad de los cuidados domiciliarios	<ul style="list-style-type: none"> • Seguimiento personalizado en el domicilio • Contacto telefónico con el paciente y cuidadores siempre que sea necesario
G. Captar a la población diana	<ul style="list-style-type: none"> • Será derivada por los profesionales de atención primaria como médicos y enfermeras de atención primaria, trabajadores sociales, etc. • Seleccionará a pacientes que por su situación de salud, tienen un alto riesgo de ingresar de forma no programada y que tienen una amplia

cantidad de necesidades sociales, farmacéuticas y de seguimiento médico y enfermero.

3. Enfermera gestora de casos de continuidad

Esta figura no realizará cuidados sanitarios a los pacientes aunque si trabajará con ellos el autocuidado y autonomía personal. Se limitara al conocimiento de las situaciones para evaluar las necesidades de cada persona y elaborar un plan de cuidados individualizado.

Será la encargada de coordinar el plan de cuidados individualizado con el equipo multidisciplinar (formado por médicos, enfermera Atención Primaria, fisioterapeutas, etc.) en base a las necesidades de cada individuo.

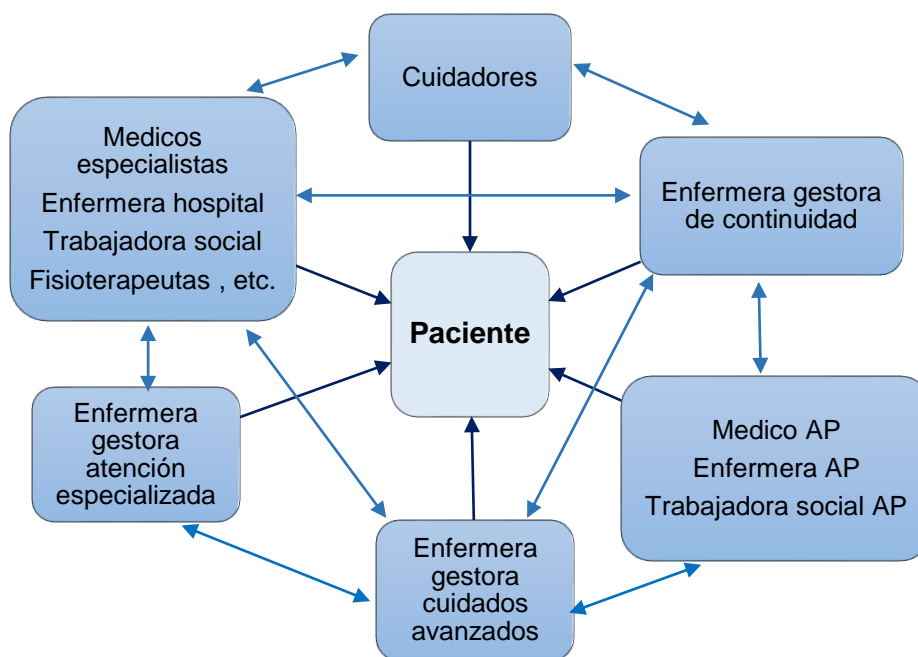
Su entorno de actuación será en una consulta, en el domicilio del paciente y por vía telefónica.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES
<p>A. Realizar un plan de cuidados personalizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración del paciente y cuidadores según los Patrones Funcionales de Marjory Gordon e identificación de problemas • Planificación y ejecución de las actividades necesarias para mejorar su estado de salud • Evaluación de los resultados obtenidos • Se realizará conjuntamente con los diferentes profesionales sanitarios (Médico Atención Primaria (MAP), enfermera Atención Primaria, etc.), los cuidadores, y el paciente
<p>B. Supervisar, garantizar e impulsar la coordinación de la</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Monitorizar y evaluar la ejecución de las actuaciones del plan de

<p>atención integral del paciente y cuidador</p>	<p>cuidados</p> <ul style="list-style-type: none"> • Apoyo individual o en grupo al cuidador
<p>C. Garantizar la continuidad de los cuidados y potenciar la coordinación de procesos entre los profesionales de la salud de los diferentes interniveles</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentar los medios telemáticos para la comunicación entre profesionales • Registrar las valoraciones de cuidados, intervenciones de enfermería y los resultados de los cuidados proporcionados • Contactar con los diferentes profesionales asistenciales y establecer relaciones con ellos • Coordinar con trabajador social para poner en marcha los recursos necesarios para su atención • Acceso de todos los profesionales a la historia del paciente tanto en Atención Especializada como en Primaria • Coordinar con la enfermera gestora de atención especializada las citas o posibles ingresos
<p>D. Fomentar el autocuidado e independencia de los pacientes y cuidadores</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Enseñar técnicas de relajación en situaciones de estrés, sobre todo para los cuidadores. • Reforzar los aspectos positivos que tenga el paciente y cuidador, e intervenir para modificar los negativos • Incluir al cuidador en programas de apoyo de cuidado al cuidador
<p>E. Captar y garantizar el seguimiento de la población diana</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas serán derivadas por los profesionales de atención primaria como médicos y enfermeras, trabajadores sociales, etc. • Se centrará en pacientes que requieran una gran necesidad en la coordinación y continuidad de los cuidados

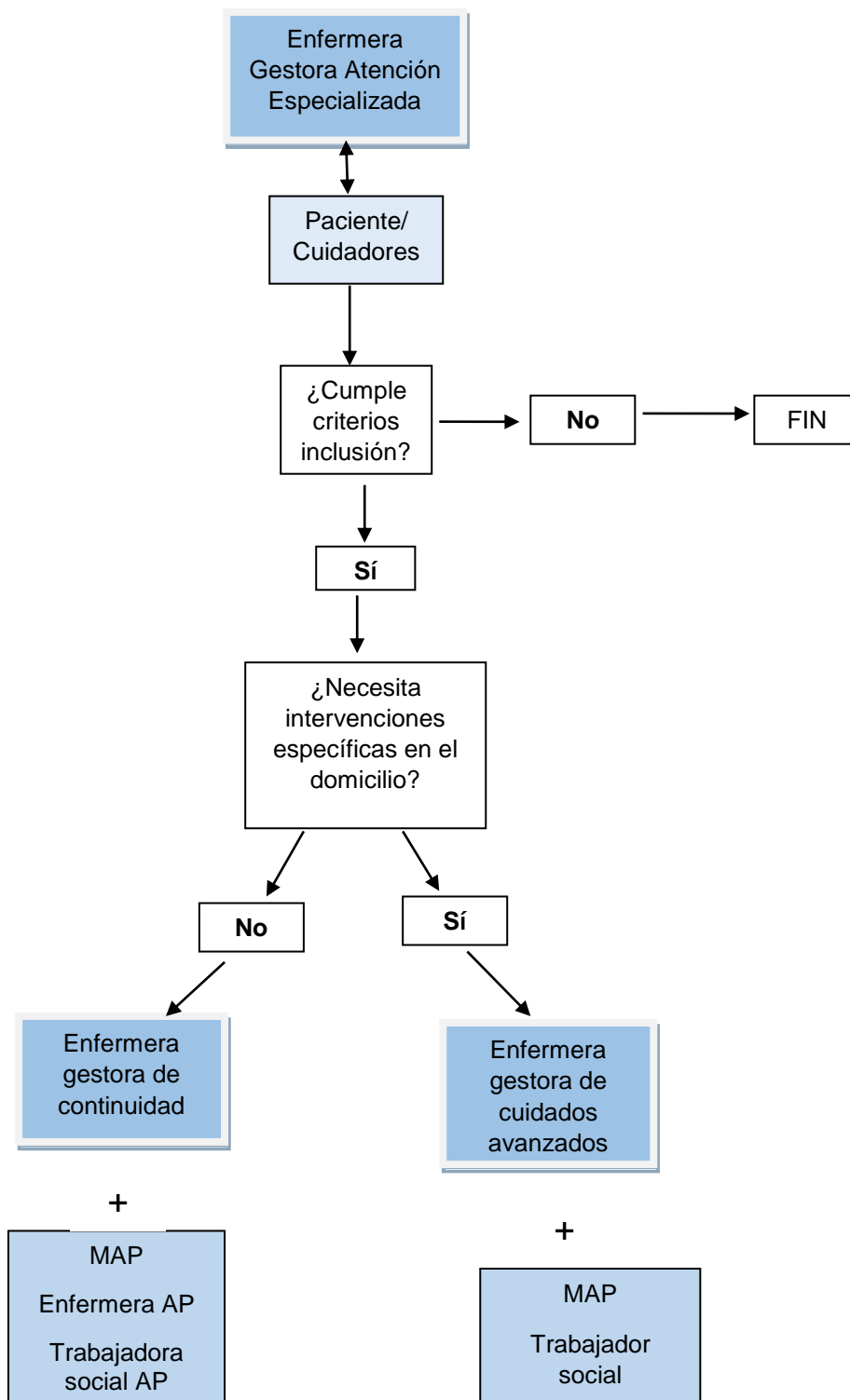
❖ *Interrelación de las Enfermeras Gestoras de Casos, profesionales sanitarios y pacientes/ cuidadores*

Las tres figuras de Enfermeras Gestoras de Casos están en continua interrelación con los diferentes profesionales sanitarios, los cuidadores y el paciente.



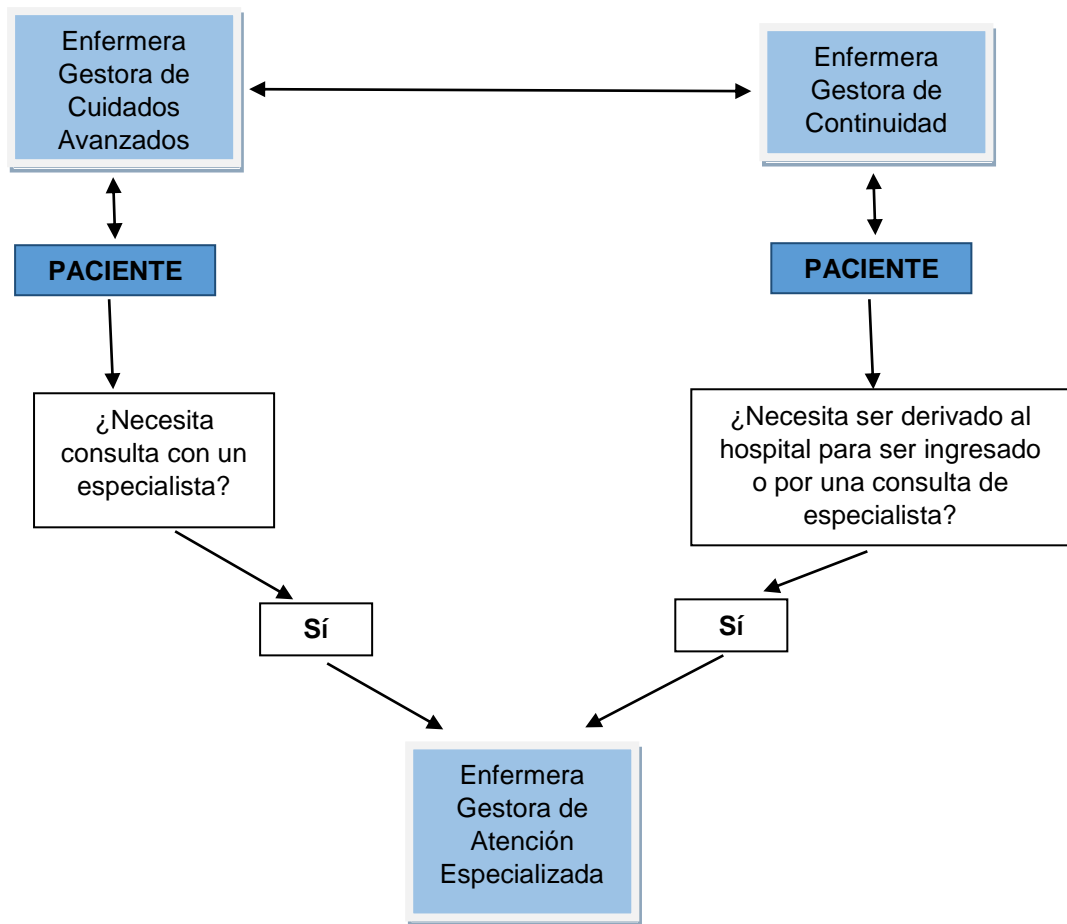
Fuente: Propia

Diagrama 1. Proceso de alta hospitalaria del paciente complejo



Fuente: Propia

Diagrama 2. Derivación de un paciente a Atención Especializada



Fuente: Propia

La información de los pacientes se obtendrá a través de los diferentes profesionales sanitarios mediante la historia clínica. Cada uno aportará los datos que estén a su alcance, valorando así al paciente de forma holística.

Los pacientes que sean captados para el programa pueden ser dados de baja posteriormente una vez que su situación se haya estabilizado. En estos casos se realizará un seguimiento por parte de Atención Primaria y si requiere volver a entrar en el programa se solicitará de nuevo.

Es muy importante que entre todo el equipo multidisciplinar, el paciente y los cuidadores exista una comunicación bidireccional.

Para los fines de semanas, vísperas de festivos y días festivos se proporcionara un número de teléfono que se encontrará a disposición de los profesionales responsables a la hora de derivar a posibles futuros pacientes.

5.2. RECURSOS

- **Recursos personales**
 - Consejería de Sanidad
 - Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA)
 - Gerencia de Atención Primaria
 - Enfermera gestora de casos de Continuidad
 - Enfermera gestora de casos de Atención Especializada (HUCA y Hospital Monte Naranco)
 - Enfermera gestora de casos de Cuidados Avanzados
 - Equipo asistencial de los centros sanitarios (médicos, enfermeras, trabajadores sociales, etc.)

- **Recursos estructurales**

En este se incluye todo lo referente a recursos materiales y estructurales. Como recursos estructurales se incluye:

- HUCA
- Hospital Monte Naranco
- Centros de salud del Área IV (Total 19)

También será necesario material de papelería (folios, bolígrafos, etc.) y medios informáticos.

El presupuesto del proyecto sería de coste cero, puesto que se asume que todo lo referente a los recursos necesarios, ya se encuentran disponibles en la Comunidad de Asturias.

5.3. EVALUACIÓN

La evaluación del proyecto:

- **Estructura:** se realizará a lo largo de cada sesión para verificar si se ha cumplido el plan.
- **Proceso:** evaluación de las dificultades que van apareciendo durante la intervención de los profesionales y el grupo diana que se ha escogido para el trabajo.
- **Resultado:** se observará si se han cumplido los objetivos propuestos, con la ayuda de unas encuestas de satisfacción, que se pondrán a disposición de los participantes y/o cuidadores y de los profesionales, que han participado en el proyecto al finalizar el programa (Anexo 4). La encuesta será realizada por las enfermeras gestoras de casos del área.

Para evaluar los resultados de este se tendrán en cuenta los siguientes indicadores:

- Nº total de pacientes captados
- Nº pacientes que no han querido entrar dentro del proyecto (de los que han sido captados)

- N° de ingresos en el hospital que sean no programados
- N° de reingresos en menos de 7 días por persona
- N° total de ingresos derivados por Médico de Atención Primaria y Enfermera Gestora de Casos de Cuidados Avanzados o de Continuidad en los últimos 10 meses
- Número de reuniones realizadas en los últimos 10 meses
- Número de personas para 1000 personas que han sido valoradas en 10 meses
- Tasa de mortalidad por complicaciones por 1000 habitantes
- N° total de asistencias a urgencias en los últimos 10 meses de los pacientes captados
- N° de consultas y pruebas complementarias solicitadas por los médicos especialistas
- Nivel de satisfacción de los usuarios en los últimos 10 meses
- Porcentaje de población vulnerable cubierta con el proyecto, respecto del total
- N° visitas domiciliarias de la Enfermera Gestora de Continuidad y de Cuidados Avanzados en los últimos 10 meses
- N° altas del proyecto en los últimos 10 meses

De esta manera, complementando esto con las encuestas de satisfacción, se podrá valorar de forma objetiva y subjetiva el proyecto.

6. COMENTARIOS

El trabajo constituye una propuesta de un diseño de proyecto para la implantación de la gestión de casos de enfermedades crónicas en la Comunidad de Asturias. Con el fin de crear una línea de actuación para dar respuesta a la creciente demanda sanitaria, debido al aumento de la cronicidad y sus consecuencias. Las características sociales del momento y las futuras que se prevén, hacen que sea necesario que se implanten medidas para ayudar a la sostenibilidad del Sistema Sanitario de Salud.

Con la puesta en marcha de un proyecto de gestión de casos se pretende disminuir el incremento de los costes económicos del Sistema Sanitario, mediante el descenso de los ingresos hospitalarios y la duplicación de pruebas y servicios, ya que el paciente se encuentra más controlado a través de un seguimiento continuo mediante un programa de intervención individual.

También tiene como fin el disminuir la fragmentación de los interniveles, ayudando a mejorar la comunicación entre estos e influyendo de forma favorable en la atención al paciente que está viviendo un proceso de enfermedad.

Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2011-2012, la población con alguna enfermedad o problema de salud crónicos percibido en una población de 15 y más años, a nivel nacional es de un 42,41% y en Asturias de un 45,65% (22).

Aunque no se ha encontrado el número de los diferentes tipos de enfermedades no transmisibles, sí que se muestran cifras acerca del porcentaje que actualmente supone de población afectada, el cuál va aumentando conforme pasan los años.

También, se puede observar como existe una estrecha relación entre los factores de riesgo y las enfermedades crónicas, las cuales pueden afectar enormemente la calidad de vida de las personas. Por lo que hay que concienciar a la población de la influencia de estos.

En el supuesto de que este diseño del proyecto se pusiese en práctica, sería necesario pedir los permisos pertinentes al Comité de Ética y a la Dirección de los hospitales correspondientes.

Por último, a pesar de que es una tarea costosa y difícil, hay que pensar en el futuro y ver más allá del estresante presente que se está viviendo en este momento. Puesto que de lo contrario, puede ser tarde para poder encauzar dicho problema.

7. BIBLIOGRAFÍA Y FUENTES CONSULTADAS

1. Morales JM. Gestión de casos y cronicidad compleja: conceptos, modelos, evidencias e incertidumbre. Enfermería Clínica. 2013.
2. Organización Mundial de la Salud. Estrategia Mundial para la prevención y el control de enfermedades no transmisibles. [Online].; 1999 [Fecha de acceso: 21 Enero 2016]. Disponible en: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB105/se42.pdf.
3. Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud en Asturias. [Online].; 2014 [Fecha de acceso:8 Enero 2016]. Disponible en: www.obsaludasturias.com
4. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Mundial de la Salud (OMS). [Online]. [Fecha de acceso: 12 Febrero 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>.
5. Dirección General de Salud Pública. Observatorio de Salud de Asturias. [Online].; 2015 [Fecha de acceso: 25 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/ASSA2015-VFinal.pdf>.
6. Case Management Society of America. Standards of practice for case management. 2010.
7. Consejería Salud Andalucía. [Online].; 2007 [Fecha de acceso: 29 Noviembre 2015]. Disponible en: <http://www.asanec.es/pdf/borrador%20del%20Nuevo%20Modelo%20de%20Gestion%20de%20Casos%20de%20SSPA%20.pdf>.
8. Nuño- Solis R. Innovación social y organizativa ante el reto de la atención integrada a la cronicidad. Enfermería Clínica. [Online]. 2014 [Fecha de acceso: 29 Noviembre 2015]; 24(1): 18-22. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Innovaci%C3%B3n+social+y+organizativa+ante+el+reto+de+la+atenci%C3%B3n+integrada+a+la+cronicidad>
9. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Mundial de la Salud (OMS). [Online].; 2015 [Fecha de acceso: 12 Febrero 2016]. Disponible en: http://www.who.int/topics/noncommunicable_diseases/es/.
10. Sarabia A. La gestión de casos como nueva forma de abordaje de la atención a la dependencia funcional. Zerbitzuan. 2007: 7-17.

11. Gobierno de Navarra. [Online].; 2013 [Fecha de acceso: 28 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.navarra.es/home_es/Temas/Portal+de+la+Salud/Ciudadania/Nuevo+modelo+a+sistencial/Estrategia+navarra+de+atencion+integrada+a+pacientes+cronicos+y+pluripatologicos/.
12. Margolles M, Donante I, Salvadores J. Astursalud. [Online]. 2014 [Fecha de acceso: 31 Enero 2016]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/Breves/ESA%20IB_9_%20tabaco.pdf.
13. Margolles M, Donate I, Salvadores J. AsturSalud. [Online].; 2014 [Fecha de acceso: 31 Enero 2016]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/Breves/ESA%20IB_8_%20alcohol.pdf
14. Sarasa A, Sordo L, Molist J, Hoyos J, Guitart A, Barrio G. Principales daños sanitarios y sociales relacionados con el consumo de alcohol. Revista Española de Salud Pública. 2014; Vol. 88(4): 469-91.
15. Margolles M, Donante I, Salvadores J. AsturSalud. [Online]. 2014 [Fecha de acceso: 31 Enero 2016]. Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/Breves/ESA%20IB_7_%20medantrop.pdf
16. Instituto Nacional de Estadística (INE). Instituto Nacional de Estadística (INE). [Online]. [Fecha de acceso: 15 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2006/p03/l0/&file=03107.px>.
17. Margolles M Donate I. Astursalud. [Online].; 2014 [Fecha de acceso:31 Enero 2016] . Disponible en: http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/As_Vigilancia/Encuesta%20de%20Salud/ESA%202012/Breves/ESA%20IB_2_Morb_croni.pdf.
18. Instituto Nacional de Estadística (INE). Instituto Nacional de Estadística (INE). [Online].; 2015 [Fecha de acceso: 15 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=1417>.

19. Instituto Nacional de Estadística (INE). Instituto Nacional de Estadística (INE). [Online].; 2015 [Fecha de acceso: 15 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=1451&L=0>.
20. Méndez N, Fariñas A. Observatorio de Salud de Asturias. [Online].; 2014 [Fecha de acceso: 8 Enero 2016]. Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/que-es-el-obsa-2/informes/>.
21. Méndez N, Fariñas A. Observatorio de Salud en Asturias. [Online].; 2014 [Fecha de acceso: 8 Enero 2016] . Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/ANALISIS-SALUD-CARDIOVASCULAR-ASTURIAS-2014.pdf>.
22. Instituto Nacional de Estadística (INE). Instituto Nacional de Estadística (INE). [Online].; 2013 [Fecha de acceso: 25 Marzo 2016] . Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/Datos.htm?path=/t15/p419/a2011/p01/i0/&file=01011.px>.
23. Observatorio de Salud en Asturias. Observatorio de Salud en Asturias. [Online].; 2015 [Fecha de acceso: 4 Abril 2016] . Disponible en: <http://www.obsaludasturias.com/obsa/wp-content/uploads/ASSA2015-VFinal.pdf>.
24. Instituto Nacional de Silicosis. Instituto Nacional de Silicosis. [Online].; 2013 [Fecha de acceso: 5 Abril 2016] . Disponible en: http://www.ins.es/es/web/guest/documentacion/memorias_estadisticas/estadisticas.
25. Monreal A, García M, Forés M. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Conceptos esenciales. En Martínez- Zurro A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011. 53-69.
26. Corrales D, Alonso A, Rodríguez M. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS 2012. Gaceta Sanitaria. [Online]. 2012 [Fecha de acceso: 29 Noviembre 2015]; Vol. 26: 63-68. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Continuidad+de+cuidados%2C+innovaci%C3%B3n+y+redefinici%C3%B3n+de+papeles+profesionales+en+la+atenci%C3%B3n+a+pacientes+cr%C3%B3nicos+y+terminales>.

27. Bleich S, Sherrod C, Chiang A, Boyd C, Wolff J, DuGoff E et al. Systematic review of programs treating high-need and high-cost people with multiple chronic diseases or disabilities in the United States, 2008-2014. Preventing Chronic Disease. [Online]. 2015 [Fecha de acceso: 9 Marzo 2016]; Vol. 12. Disponible en: <https://apps.who.int/whoops/doi/10.1186/s12875-015-0388-1>
28. Dickstein K, Cohen-Solal A, Filippatos G, McMurray J, Ponikowski P, Poole-Wilson PA et al. Guía de práctica clínica de la Sociedad Europea de Cardiología para el diagnóstico y tratamiento de la insuficiencia cardiaca aguda y crónica. Revista Española de Cardiología. 2008; 61(12): 1329.e1-1329.e70.
29. Sociedad Española de Nefrología. Sociedad Española de Nefrología. [Online].; 2012 [Fecha de acceso: 2 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.senefro.org/modules.php?name=noticias&do_action=view&idnews=1274.
30. Servicio Andaluz de Salud. [Online]. [Fecha de acceso: 2 Marzo 2016]. Disponible en: http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_disnea_mrc_modificada.pdf.
31. Meijide H, Child-Pugh. Clasificación Pronóstica de la hepatopatía. [Online]. [Fecha de acceso: 9 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.meiga.info/escalas/child-pugh.pdf>.
32. Gómez X, Martínez M, Blay C, Amblàs J, Vila L, Costa X et al. Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos. Institut Català d'Oncologia. [Online]. 2011 [Fecha de acceso: 29 Marzo 2016]. Disponible en: <http://www.iconcologia.net>
33. Brotons C, Falces C, Alegre J, Ballarín E, Casanovas J, Catà T et al. Randomized clinical trial of the effectiveness of a home-based intervention in patients with heart failure: The IC-DOM study. Revista Española de Cardiología. [Online]. 2009 [Fecha de acceso: 15 Marzo 2016];62:400-8. Disponible en: <http://www.revespcardiol.org/es/ensayo-clinico-aleatorizado-evaluar-efectividad/articulo/13135064/>
34. Meisinger C, Stollenwerk B, Kirchberger I, Seidl H, Wende R, Kuch B et al. Effects of a nurse-based case management compared to usual care among aged patients with myocardial infarction: results from the randomized controlled KORINNA study. BMC

- Geriatrics. [Online]. 2013 [Fecha de acceso: 4 Enero 2016]; 13(115). Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=12&SID=Q1Ci6jTUNZIU4zdT81i&page=1&doc=1
35. Osakidetza: Servicio Vasco de Salud. Proyecto 8: Competencias Avanzadas de Enfermería. [Online]. Alaba: Osakidetza; 2012 [Fecha de acceso: 2 Febrero 2016] .Disponible en: www.osakidetza.euskadi.net
36. Versnel N, Welschen L, Baan C, Nijpels G, Schellevis F. The effectiveness of case management for comorbid diabetes type 2 patients; the CasCo study. Desing of a ramdomited controlled trial. BMC Family Practice. [Online]. 2011 [Fecha de acceso: 4 Enero 2016]; 12(68). Disponible en: https://apps.webofknowledge.com/full_record.do?product=WOS&search_mode=GeneralSearch&qid=9&SID=Q1Ci6jTUNZIU4zdT81i&page=1&doc=3

8. ANEXOS

8.1. ANEXO 1. BUSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

La búsqueda bibliográfica se realizó en Pubmed, Web of Science, Google Academy, revistas y en libros de texto. Para ello se seleccionaron unos criterios de inclusión y exclusión.

Los criterios de inclusión seleccionados fueron:

- Gestión de casos
- Pacientes con enfermedad crónica.
- Artículos con resúmenes y texto completo disponible.
- Todas las categorías de artículos.
- Artículos en idioma inglés y castellano.

Los criterios de exclusión fueron:

- Los estudios que no atendiesen a los criterios de inclusión.

Las palabras clave que se utilizaron para realizar la búsqueda bibliográfica en las distintas bases de datos fueron:

- Case management
- Chronic diseases
- Chronicity

En la base de datos Pubmed, se realizó una búsqueda bibliográfica usando los términos del THESAURO:

((("Case Management"[Mesh])) AND "Chronic Disease/nursing"[Mesh])

Se usaron los siguientes filtros: Free full text available; published in the last 10 years y Humans.

Finalmente del resultado de la búsqueda se escogieron tres artículos.

En Google Academy, se realizó una serie de búsquedas juntando las diferentes palabras clave:

- Gestión de casos
- Gestión de casos y cronicidad

En Web of Science (WOS), se realizó la siguiente búsqueda bibliográfica:

- Case management Program AND chronic disease
- Case management Program AND chronicity

Aplicando los límites que se muestran a continuación:

- Tipo de texto: artículo y revisión
- Idiomas: inglés y castellano
- Texto libre disponible

De los 112 resultados en la búsqueda se descartaron la gran mayoría por el título y se seleccionando 11 artículos. De estos últimos tras su lectura se seleccionaron tres.

Las páginas Web que se utilizaron fueron:

→ World Health Organization (Organización mundial de la salud).

- Dirección: <http://www.who.int>

→ Instituto Nacional de Estadística (INE)

- Dirección: www.ine.es

→ Observatorio de salud en Asturias

- Dirección: www.obsaludasturias.com

→ Astursalud:

- Dirección: www.asturias.es

→ Gobierno de Navarra

- Dirección: www.navarra.es

Para obtener más información, se contactó con la oficina de crónicas de Osakidetza, la cual mandó por correo electrónico las estrategias que se estaban llevando a cabo en el País Vasco.

8.2. ANEXO 2. CUESTIONARIO EQ-5D

Marque con una cruz como esta X la afirmación en cada sección que describa mejor su estado de salud en el día de hoy.

Movilidad

- No tengo problemas para caminar
- Tengo algunos problemas para caminar
- Tengo que estar en la cama

Cuidado-Personal

- No tengo problemas con el cuidado personal
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme solo
- Soy incapaz de lavarme o vestirme solo

Actividades de Todos los Días *(Por ejemplo: trabajar, estudiar, hacer tareas domésticas, actividades familiares o realizadas durante el tiempo libre)*

- No tengo problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades de todos los días
- Soy incapaz de realizar mis actividades de todos los días

Dolor/Malestar

- No tengo dolor ni malestar
- Tengo moderado dolor o malestar
- Tengo mucho dolor o malestar

Ansiedad/Depresión

- No estoy ansioso/a ni deprimido/a
- Estoy moderadamente ansioso/a o deprimido/a
- Estoy muy ansioso/a o deprimido/a

Comparando con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es: (Por favor, ponga una cruz en el cuadro):

- Mejor
- Igual
- Peor

8.3. ANEXO 3. INSTRUMENTO NECPAL

1. LA PREGUNTA SORPRESA – una pregunta intuitiva que integra comorbilidad, aspectos sociales y otros factores		
¿Le sorprendería que este paciente muriese en los próximos 12 meses?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
2. ELECCIÓN / DEMANDA O NECESIDAD – explore si alguna de las siguientes dos preguntas es afirmativa		
Elección / demanda: ¿el paciente con enfermedad avanzada o su cuidador principal han solicitado , explícita o implícitamente, la realización de tratamientos paliativos / de confort de forma exclusiva, proponen limitación del esfuerzo terapéutico o rechazan tratamientos específicos o con finalidad curativa?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Necesidad: ¿considera que este paciente requiere actualmente medidas paliativas o tratamientos paliativos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
3. INDICADORES CLÍNICOS GENERALES DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN – explore la presencia de cualquier de los siguientes criterios de severidad y fragilidad extrema		
Marcadores nutricionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: albúmina sérica < 2.5 g/dl, no relacionada con descompensación aguda <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de peso > 10% <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro nutricional o ponderal sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Marcadores funcionales , cualquiera de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Severidad: dependencia funcional grave establecida (Barthel < 25, ECOG > 2 ó Karnofsky < 50%) <input type="checkbox"/> Progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) a pesar de intervención terapéutica adecuada <input type="checkbox"/> Impresión clínica de deterioro funcional sostenido, intenso / severo, progresivo, irreversible y no relacionado con proceso intercurrente	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Otros marcadores de severidad y fragilidad extrema , al menos 2 de los siguientes, en los últimos 6 meses: <input type="checkbox"/> Úlceras por decúbito persistentes (estadio III – IV) <input type="checkbox"/> Infecciones con repercusión sistémica de repetición (> 1) <input type="checkbox"/> Síndrome confusional agudo <input type="checkbox"/> Disfagia persistente <input type="checkbox"/> Caídas (> 2)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Presencia de distress emocional con síntomas psicológicos sostenidos, intensos/severos, progresivos y no relacionados con proceso intercurrente agudo	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Factores adicionales de uso de recursos , cualquiera de los siguientes: <input type="checkbox"/> 2 ó más ingresos urgentes (no programados) en centros hospitalarios o sociosanitarios por enfermedad crónica en el último año <input type="checkbox"/> Necesidad de cuidados complejos / intensos continuados, bien sea en una institución o en domicilio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Comorbilidad: ≥ 2 patologías concomitantes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

4. INDICADORES CLÍNICOS ESPECÍFICOS DE SEVERIDAD Y PROGRESIÓN POR PATOLOGÍAS – explore la presencia de criterios objetivos de mal pronóstico para las siguientes patologías seleccionadas	
ENFERMEDAD ONCOLÓGICA (sólo requiere la presencia de un criterio)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Diagnóstico confirmado de cáncer metastásico (estadio IV) y en algunos casos –como en las neoplasias de pulmón, páncreas, gástrica y esofágica- también en estadio III, que presenten: escasa respuesta o contraindicación de tratamiento específico, brote evolutivo en transcurso de tratamiento o afectación metastásica de órganos vitales (SNC, hígado, pulmonar masiva, etc.) <input type="checkbox"/> Deterioro funcional significativo (Palliative Performance Status (PPS) < 50%) <input type="checkbox"/> Síntomas persistentes mal controlados o refractarios, a pesar de optimizar tratamiento específico	
ENFERMEDAD PULMONAR CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Disnea de reposo o de mínimos esfuerzos entre exacerbaciones <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de pruebas funcionales respiratorias (con advertencia sobre la calidad de las pruebas), criterios de obstrucción severa: FEV1 < 30% o criterios de déficit restrictivo severo: CV forzada < 40% / DLCO < 40% <input type="checkbox"/> En caso de disponer de gasometría arterial basal, cumplimiento de criterios de oxigenoterapia domiciliaria o estar actualmente realizando este tratamiento en casa <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca sintomática asociada <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios recurrentes (> 3 ingresos en 12 meses por exacerbaciones de EPOC)	
ENFERMEDAD CARDÍACA CRÓNICA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca NYHA estadio III ó IV, enfermedad valvular severa o enfermedad coronaria extensa no revascularizable <input type="checkbox"/> Disnea o angina de reposo o a mínimos esfuerzos <input type="checkbox"/> Síntomas físicos o psicológicos de difícil manejo, a pesar de tratamiento óptimo bien tolerado <input type="checkbox"/> En caso de disponer de ecocardiografía: fracción de eyección severamente deprimida (< 30%) o HTAP severa (PAPs > 60 mmHg) <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal asociada (FG < 30 l/min) <input type="checkbox"/> Ingresos hospitalarios con síntomas de insuficiencia cardíaca /cardiopatía isquémica, recurrentes (> 3 último año)	
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (1): ACV (sólo requiere la presencia de un criterio)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Durante la fase aguda y subaguda (< 3 meses post-AVC): estado vegetativo persistente o de mínima consciencia > 3 días <input type="checkbox"/> Durante la fase crónica (> 3 meses post-AVC): complicaciones médicas repetidas (neumonía por aspiración, a pesar de medidas antidisfagia), infección urinaria de vías altas (pielonefritis) de repetición (>1), fiebre recurrente a pesar de antibióticos (fiebre persistente post > 1 semana de ATB), úlceras per decúbito estadio 3-4 refractarias o demencia con criterios de severidad post-AVC	
ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS CRÓNICAS (2): ELA Y ENFERMEDADES DE MOTONEURONA, ESCLEROSIS MÚLTIPLE Y PARKINSON (presencia de dos o más de los siguientes criterios)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Deterioro progresivo de la función física y / o cognitiva, a pesar de tratamiento óptimo <input type="checkbox"/> Síntomas complejos y difíciles de controlar <input type="checkbox"/> Problemas en el habla / aumento de dificultad para comunicarse <input type="checkbox"/> Disfagia progresiva <input type="checkbox"/> Neumonía por aspiración recurrente, disnea o insuficiencia respiratoria	
ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Cirrosis avanzada: estadio Child C (determinado en ausencia de complicaciones o habiéndolas tratado y optimizado el tratamiento), puntuación de MELD-Na > 30 o con una o	

<p>más de las siguientes complicaciones médicas: ascitis refractaria, síndrome hepato-renal o hemorragia digestiva alta por hipertensión portal persistente con fracaso al tratamiento farmacológico y endoscópico y no candidato a TIPS, en pacientes no candidatos a trasplante</p> <p><input type="checkbox"/> Carcinoma hepatocelular: presente, en estadio C o D (BCLC)</p>	
<p>ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA GRAVE (sólo requiere la presencia de un criterio)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><input type="checkbox"/> Insuficiencia renal grave (FG < 15) en pacientes no candidatos a tratamiento sustitutivo y / o trasplante</p>	
<p>DEMENCIA (presencia de dos o más de los siguientes criterios)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p><input type="checkbox"/> Criterios de severidad : incapacidad para vestirse, lavarse o comer sin asistencia (GDS/FAST 6c), aparición de incontinencia doble (GDS/FAST 6d-e) o incapacidad de hablar o comunicarse con sentido -6 o menos palabras inteligibles- (GDS/FAST 7)</p> <p><input type="checkbox"/> Criterios de progresión: pérdida de 2 o más ABVD (actividades básicas de la vida diaria) en los últimos 6 meses, a pesar de intervención terapéutica adecuada (no valorable en situación hiperaguda por proceso intercurrente) o aparición de dificultad para tragar, o negativa a comer, en pacientes que no recibirán nutrición enteral o parenteral</p> <p><input type="checkbox"/> Criterio de uso de recursos: múltiples ingresos (> 3 en 12 meses, por procesos intercurrentes -neumonía aspirativa, pielonefritis, septicemia, etc.- que condicionen deterioro funcional y/o cognitivo)</p>	

Fuente: Centro Colaborador de la OMS para Programas Públicos de Cuidados Paliativos.

8.4. ANEXO 4. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Don/Doña _____

Con D.N.I nº _____:

He sido informado sobre el "Proyecto de gestión de casos de la Comunidad de Asturias".

He podido hacer preguntas para solucionar dudas.

He hablado con Don/Doña _____

_____ Nº de Colegiado _____

Comprendo que mi participación en el Proyecto es voluntaria. Por tanto he comprendido y acepto las características y riesgos de este.

Firma del participante

Firma del profesional sanitario

Fdo: _____

Fdo: _____

Asturias, a

de

de 201

8.5. ANEXO 5. ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN A LOS PACIENTES/CUIDADORES

Este cuestionario intenta conocer si usted está satisfecho/a con la atención que recibe o ha recibido en su domicilio por parte de las enfermeras gestoras de este proyecto.

Sus respuestas nos ayudaran a mejorar la atención que se le presta.

Por favor, lea cada pregunta, y marque su respuesta con una X (**una única respuesta para cada pregunta**).

Por favor, conteste a las preguntas que se le hacen, del siguiente modo:

- Si **nunca ocurre** lo que dice en la pregunta, marque con una X en la casilla del 1.
- Si **ocurre muy pocas veces**, marque con una X la casilla del 2.
- Si **ocurre algunas veces**, marque con una X la casilla del 3.
- Si **ocurre siempre**, marque con una X la casilla del 4.

He sido escuchado/a y comprendido/a por la enfermera cuando le explico mis problemas de salud y las dificultades que me causa	1	2	3	4
Comprendo a mi enfermera cuando me explica las cosas	1	2	3	4
Resuelve mis dudas y/o preocupaciones	1	2	3	4
Las enfermeras contactan conmigo si no pueden acudir	1	2	3	4
Las enfermeras me enseñan a cuidarme por mí mismo/a	1	2	3	4
Mi enfermera me atiende preservando mi intimidad	1	2	3	4
Es fácil organizar las visitas en los días y horas que puedo	1	2	3	4
Las enfermeras se preocupan de mi estado de salud mientras me están cuidando	1	2	3	4
Hemos participado y decidido en cómo programar los cuidados en el domicilio	1	2	3	4
Ha sido buena la coordinación con otros profesionales sanitarios	1	2	3	4
La enfermera organiza adecuadamente la atención que necesito	1	2	3	4
Estoy satisfecho con los medios disponibles que se han usado para mejorar y facilitar mi cuidado	1	2	3	4

Mi grado de satisfacción en relación a la atención que he recibido por parte de la enfermera que me ha llevado es (por favor, ponga una cruz en el cuadro):

- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

ENCUESTA DE SATISFACCION A LOS PROFESIONALES

Por favor, lea cada pregunta, y marque su respuesta con una X (**una única respuesta para cada pregunta**).

Por favor, conteste a las preguntas que se le hacen, del siguiente modo:

- Si está **totalmente en desacuerdo** lo que dice en la pregunta, marque con una X en la casilla del 1.
- Si está **en desacuerdo**, marque con una X la casilla del 2.
- Si está **ni en desacuerdo ni de acuerdo**, marque con una X la casilla del 3.
- Si está **de acuerdo**, marque con una X la casilla del 4.
- Si está **totalmente de acuerdo**, marque con una X la casilla 5.

Si hay alguna pregunta que no es evaluable porque no corresponde déjela en blanco.

Categoría profesional:					
Se me ha informado sobre los objetivos del proyecto	1	2	3	4	5
Se me ha informado sobre las funciones/actividades de las diferentes figuras de enfermería	1	2	3	4	5
La información que me han dado me ha servido de ayuda para colaborar en el proyecto	1	2	3	4	5
Se me ha informado sobre el tipo de pacientes a los que va dirigido el proyecto	1	2	3	4	5
He notado mejoría en la comunicación con los distintos niveles asistenciales	1	2	3	4	5
La implantación de estas figuras mejoran el seguimiento del paciente y cuidadores	1	2	3	4	5
Se ha mejorado la atención integral de los pacientes y cuidadores	1	2	3	4	5
La implantación de estas figuras ha aumentado la calidad de vida de los pacientes y cuidadores	1	2	3	4	5
La implantación de estas figuras mejora la satisfacción del paciente/cuidador sobre la atención clínica	1	2	3	4	5
La implantación de estas figuras mejora la atención a los pacientes crónicos complejos y/o pluripatológicos	1	2	3	4	5
La implantación de estas figuras mejora la coordinación entre los distintos niveles asistenciales	1	2	3	4	5
La implantación de estas figuras mejora la continuidad de los cuidados de los pacientes incluidos en el proyecto	1	2	3	4	5
Me han facilitado el desarrollo de mi trabajo	1	2	3	4	5
Es fácil ponerse en contacto con las enfermeras gestoras de casos	1	2	3	4	5
Las reuniones entre los diferentes miembros del equipo multidisciplinar le han resultado útiles	1	2	3	4	5
¿Cuál es la satisfacción que tiene con respecto al proyecto?	1	2	3	4	5
¿Tienes alguna idea/sugerencia para mejorar el proyecto?					